m

Prevention Now

A Concept and a Practice

PREVENTION NOW
A Concept and a Practice

A Children's Mental Health Publication of the Mental Health Division of the Department of National Health and Welfare.

Published by the authority of the Minister of National Health and Welfare

Également disponible en français sous le titre "Prévenir maintenant théorie et pratique"

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
	FOREWORD	
	INTRODUCTION	1
CHAPTERS		
1.	The Need For Prevention	5
2.	Expansion of The Basic Principles	6
3.	Definitions and Types of Prevention	15
4.	Prevention: Making It Happen	19
5.	Securing Financial Support	20
6.	Steps to Implementing a New Program	21
7.	Data Collection in Prevention Programs	23
8.	The Concept of Causal Chains in Prevention	25
9.	Examples of Preventive Projects Already in Operation	26
	A. Communitywide Prevention Projects	26
	B. High-Risk Prevention Projects	28
	C. Milestone Prevention Projects	31
10.	Implications and Conclusions	34
	References	35
ANNEX A	Summary Statement from the Canadian Symposium on Preventive Strategies in Children's Mental Health, February 1981.	41

ANNEX B List of accessible resources: 46
Federal
Provincial
Private

ANNEX C List of available resource materials 52

FOREWORD

Prevention Now is the report of the National Task Force on Preventive Strategies in Children's Mental Health.

The Task Force was appointed by the Mental Health Division of the Department of National Health and Welfare, and was chaired by Dr. Quentin Rae-Grant, Director of Psychiatry, Toronto Hospital for Sick Children.

This report represents the culmination of their deliberations and is intended to provide guidance and examples, and to be a resource to mental health professionals, policy makers and program directors interested and involved in children's mental health, with respect to preventive strategies and points of intervention.

Prevention Now provides some clear and simple messages for strengthening the preventive aspects of the child-caring networks. The sought-after optimum being, "children who feel good about themselves, and parents who respond happily and positively to parenthood".

The report also provides an introduction to the literature on children's mental health and an overview of a rigorous scientific consideration of preventive program planning.

Health and Welfare Canada and, in particular, the Mental Health Division, are most appreciative of the Task Force members' efforts and contributions and, in particular, the work and leadership of the Task Force chairman.

Task Force members contributed a wealth of material in the form of working papers from which this report was prepared. The publication draws on their expertise in the fields of psychiatry, psychology, nursing, social work, education and administration.

The integration of this material into a report reflecting the various perspectives of all Task Force members has been an exercise in caring, cooperation and responsibility -- perhaps a reflection of their common experiences in caring for children, and certainly a very good omen for future preventive efforts.

Copies of Prevention Now can be obtained by writing to:

Mental Health Division,
Department of National Health
and Welfare,
6th Floor, Jeanne Mance Bldg.,
Tunney's Pasture,
OTTAWA, Ontario.
K1A 1B4

Copies of the working papers are available upon request.

NATIONAL TASK FORCE ON PREVENTIVE STRATEGIES IN CHILDREN'S MENTAL HEALTH

Chairman:
Dr. Quentin Rae-Grant,
Department of Psychiatry,
Toronto Hospital for Sick Children,
TORONTO, Ontario

Dr. P.G. Banister,
Health Services and Promotion Branch,
Department of National Health and Welfare,
OTTAWA, Ontario

Dr. Yvon Gauthier
Département de psychiatrie
Hôpital Ste-Justine
Montréal (Québec)

Dr. Tim Hogan,
Canadian Psychological Association,
OTTAWA, Ontario

Dr. Laurent Houde
Hôpital Rivière-des-Prairies
Montréal (Québec)

Dr. Brian McConville,
Beechgrove Regional Children's Centre,
KINGSTON, Ontario

Dr. D.R. Offord,
Chedoke-McMaster Hospital,
HAMILTON, Ontario

Dr. Susan Penfold,
Division of Child Psychiatry,
Vancouver General Hospital,
VANCOUVER, British Columbia

Shirley Post,
Canadian Institute of Child
Health,
OTTAWA, Ontario

Dr. Naomi Rae-Grant,
Child and Family Centre,
Chedoke-McMaster Hospital,
HAMILTON, Ontario

Dr. David Randall,
Canadian Mental Health
Association,
TORONTO, Ontario

Dr. James M. Ricks,
Integrated Services,
VICTORIA, British Columbia

Dr. Jean-François Saucier
Département de psychiatrie
Hôpital Ste-Justine
Montréal (Québec)

Mrs. Mish Vadasz,
31-4100 Salish Drive,
VANCOUVER, British Columbia

Dr. Brenda Wattie, Director
Mental Health Division,
Health and Welfare, Canada

Mrs. Mary McKittrick, Consultant, Co-ordinator
of Task Force,
Mental Health Division,
Health and Welfare, Canada

INTRODUCTION

A child's suffering and that of all those associated with the child evokes a spontaneous sense of sympathy and frustration. The first is a natural emotive response. The second comes from a desire to alleviate the hurt immediately and the feeling that it should have been prevented. This is even more acute when the cause of the child's suffering is a mental disturbance.

Given the present state of scientific inquiry, it is generally not possible to predict with any precision which children will become mentally ill.

The following set of "ifs" serves to reinforce the sense of frustration but also acts as the catalytic prod in the search and pursuit of cause and preventive strategies:

- If only the child's social circumstances had been less disadvantageous;

- If only physical and psychological difficulties of genetic origin had been addressed in a more positive manner by parents and others concerned for the child;

- If only the social and life stresses on the family and/or other immediate care-givers and socializing agents had been less debilitating;

- If only the pre-natal and post-natal care and nurturance had maximized the child's early potential;

- If only the caring efforts of all concerned had been more knowledgeable and effective;

- If only early supports and interventions with the family and with the child had been more appropriate and more purposeful;

- If only the negative impacts of unavoidable illness had been lessened by supports, services and treatment of the highest quality.

The issues are complex. The one point on which all agree is that there is no single point for successful intervention, there is no single solution for all cases and there is probably no single answer to any individual child's problems.

An additional yet important factor is that of our society's rapid social evolution. This has led to an increased sense of puzzlement for families and other childcare givers who search among shifting values for an adaptable and useful conceptual framework by which to guide their activities.

The Department of National Health and Welfare established a National Task Force on Preventive Strategies in Children's Mental Health in December of 1980. The Task Force faced the challenge armed with strong convictions about the opportunities and the potential for major progress. On a realistic note, the Task Force members also know that it is invariably easier to perceive the causes of distress in retrospect than to identify in advance those particular children, those particular stressors and those particular interventions which will be critical for the future development of healthy children.

Among the early objectives of the Task Force was the identification of preventable aspects of children's mental illness and the study of practical and promising strategies for preventive programs.

After a series of preliminary discussions and workshops among Task Force members, a Canadian Symposium was arranged in February of 1981 in order to receive input and consultation from a broader representation of mental health workers across Canada.

The Canadian Symposium of February 1981 affirmed strongly that, all other efforts notwithstanding, priority efforts must focus on:

1. Promoting a general awareness of the need for prevention, both primary and secondary.

2. Developing and maintaining supportive and instructional programs for parents, educators and community workers.

Following the Symposium, the Task Force agreed to concentrate their efforts towards the development of a public document which would highlight the urgent need to adopt a preventive approach in the provision of children's mental health services. The report would encourage the development of preventive measures and at the same time be a manual with ideas and suggestions as to how this could be accomplished.

The Task Force began with the assumption that prevention rests upon some basic simple truths. This was then developed to the point where eight key principles were elaborated and in fact are the base upon which this report rests. These are:

Eight Basic Principles of Prevention:

1. Prevention is an attitude not a program.
2. Parents in a crisis may mean trouble for children.
3. Stress is cumulative.
4. Not all children start equal.
5. Prevention is for and by everybody.
6. A good start helps to a healthy life.
7. Prevention may be simple and need not be expensive.
8. Prevention is an ecological approach.

These are the most important aspects of prevention, as identified by the Task Force members.

In so doing, the Task Force members stressed the need for a simple review by mental health professionals of what they are doing in terms of the basic principles.

The focus of the Task Force's deliberations, and therefore of this report, was generally restricted to children whose difficulties stemmed largely from psychosocial origins, although there are clearly a number of important biogenetic and other organic factors which are critical in the prevention of mental disturbances in children.

A number of significant Canadian reference and resource documents exist concerning preventive strategies in children's mental health. These are to be found in the 'references' section of the report.

THE NEED FOR PREVENTION

No matter how involved people are in working with children, families and various support systems, it is obvious that casualties will occur within the endeavour. Because of genetic faults and early development traumas, or because various institutions and socialization agents do not do the job that is required, children may end up as victims of human distress and mental disorder. They may then become emotionally disturbed, delinquent, involved in crime, or have substantial learning disabilities. It is obviously necessary to be of whatever direct assistance one can to these persons. But it is also necessary to think preventively so that one can intervene early, and with maximal impact.

Under the present circumstances, by the time emotionally disturbed children (and their families) are diagnosed and treatment is initiated, they have suffered a great deal. The disorder has been under way for a period of time, resulting in stress and reduced life quality. In addition, the evidence is that existing treatment facilities service a minority of the children who are disturbed, and those who are seen by such facilities are not necessarily the ones most in need of treatment (Rutter et al., 1970b; Langner et al., 1974; Barrette et al., 1980).

Our success in treating established disorders has not been encouraging. For two of the major ones, antisocial behaviour and learning disorders, there is no convincing evidence that our existing treatment methods are effective (Robins, 1974; Trites and Fiedorowicz, 1976). This is not to say that clinicians do not succeed with certain cases, but so far the rigorously evaluated results of treatment of large numbers of these children are discouraging.

If we could prevent these disorders from occurring, we could escape some dilemmas associated with the treatment of established cases - a period of suffering and reduced life quality prior to treatment, unavailability of treatment for large numbers of cases, and paucity of effective treatment manoeuvres.

EXPANSION OF THE BASIC PRINCIPLES

Principles noted earlier are to be considered as guides, and as such provide a framework for both discussion and action.

More importantly, they become a part of clinical practice, and act as subtle yet pervasive reminders to those dealing with children. They reinforce the strength and significance of prevention as an attitude.

1. PREVENTION IS AN ATTITUDE NOT A PROGRAM.

In prevention, that which one considers possible is often shaped primarily by one's attitudes and beliefs. These attitudes may be personal or professional or may belong to one's particular place of work.

For example: It has long been said that some very specialized health care workers see only the body or that part of the body being treated and not the whole child. Another may see the body, the mind, and emotions, and a third may see the whole child in the context of family conflict, neighbourhood, school and cultural or social factors.

Imagine for a moment that the child is a battered child, badly burned. The specialized skill of the first worker is urgently needed in treating the burn. But the third worker is the more likely to consider a program for prevention of such a burn again, either in this particular family, or even in other high-risk families.

Prevention is an attitude, questioning, inquiring and imaginative, and also unencumbered by the constraining and narrower perspectives that too often characterize particular work settings on daily routines.

Since prevention is an attitude, preventive manoeuvres can be developed and cultivated. Many intervenors in the health sector have a favourable prejudice towards prevention, but do not feel comfortable in this area because they lack confidence. Mental health professionals wishing to promote prevention in mental health, therefore, have an important role to play in educating frontline caregiving staff.

In a course on Mental Health Promotion given by the Department of Social and Preventive Medicine of the University of Montreal, much emphasis is placed on the role frontline health workers can play in their regular function with children and families. The focus of such projects is on normal affective development of children and emotional responses to parenting, pregnancy, loss of a child, responses to hospitalization, handicap and other such stresses.

This practical commonsense approach to the day-to-day problems encountered by professionals in everyday practice is an exciting form of early intervention and prevention that is both cost effective, and saleable. The appropriate timing for this teaching, and the usefulness of team teaching by psychiatrists, paediatricians, nurses, epidemiologists, psychologists and other professionals in the social sciences should be evaluated. Such an approach would be beneficial to all professional caregivers.

2. PARENTS IN A CRISIS MAY MEAN TROUBLE FOR CHILDREN.

The current range and degree of change which besets families, such as family composition, employment, housing, migration, and technologic changes, in addition to the normal developmental and life-stage transitions of both parents and children, may often result in crisis or disequilibrium for the individual or family.

Romeder (1982) offers descriptions of methods for helping adults in crisis, transition or deficit states. Seminars, discussion groups and natural helping networks for the separated, divorced and widowed are available through many agencies. The concept of conciliation counselling following separation and divorce is being adopted in Unified Family Courts and Supreme Courts across Canada, to maximize parental cooperation and encourage decisions that will be least damaging to the children involved. Lay and professional membership in "disease" groups provide mutual support, guidance and advocacy.

However, few examples are available of transitional support groups for children. Some efforts are made, formally and informally, by teachers, counsellors, social and childcare workers to meet this need. The 'buddy system', to provide transitional support for immigrant children, and for students newly exposed to the frightening world of the secondary school, has been used successfully. The Vancouver Family Service Agency is offering a program entitled 'Kids From Divorced Homes', to small groups of children from Kindergarten to Grade 10.

The economic survival of working families demands the provision of family support services such as daycare and after-school care. The current emphasis on the deinstitutionalization of chronically handicapped children requires respite care to cover family vacations and temporary crises.

3. STRESS IS CUMULATIVE

As noted by McConville (1982), an important concept in secondary prevention deals with the cumulative effects of stress. Holmes and Rahe (1961) and, more recently, Rutter (1966) have focused on the geometric progression of stress-

factors, where, as Rae-Grant (1979) remarks, "one and one equals seven". Rutter's work has demonstrated that each stress factor in a child's life potentiates, or magnifies, the effects of every other, so the child who suffers from a multiplicity of stresses, such as overcrowding, paternal delinquency, poor schooling, or abuse, is at very great risk. Thus, if only one or two stress situations can be relieved, the effects will be more far-reaching for the child than we might previously have supposed.

In McConville's words this "suggests optimism that intervention effects do not have to achieve complete success in all areas". The findings principally identified with Rutter's work constitute an important body of new knowledge which strengthens the need for applying measures of known preventive impact wherever and whenever possible across a broad spectrum of educational, social and family situations.

In particular, simple prevention manoeuvres may act as well as more complex ones. As an example, local health departments could offer more creative and comprehensive services to mothers and children. These departments are structurally in place, and public health nurses are well accepted in Canada. A greater priority could be given to nurses visiting mothers, newborns and young children. During the school years the public health nurse has access to the child through the school system, as well as in the home environment, and should therefore be in a position to assess when early intervention and supports for the family could mean the prevention of a serious problem. This could aid in solving certain childhood problems before they become more serious and require long-term therapy or institutional care.

4. NOT ALL CHILDREN START EQUAL

Every child has a right to adequate food, shelter and a safe environment, but this can-

not be guaranteed. Moreover, not all children start life equally in terms of intellectual, cultural, familial or social endowment.

Nevertheless, there are some ways in which these inequalities can be addressed, particularly in terms of secondary prevention. (p. 17.)

For example, there is now enough information about successful learning environments both from observers of normal mothers at home, (White 1977), from successful interventions with retarded mothers (Heber 1978), and in the provision of stimulating environments in daycare centres (Kagan, Kearsley and Zelazo 1978), to make it possible to reduce the effects of socio-cultural deprivation by a combination of prospective parent intervention and judicious early intervention with mothers identified as 'high risk'.

Some identifiable 'high risk' groups are Natives, women, low-income families and individuals, the handicapped and children. The basic principle of self-determination leading to self-care must apply to these and other 'disadvantaged' groups.

As a further example, chronic illness or disability in a child impacts heavily on the child's family and on the individual child. This may diminish the child's functioning, retard his/her development, or alter his/her appearance. This is likely to create in the parents, and in the child, persistent feelings of lack of worth, incompetence, shame and guilt. In turn, this may hinder the parents from dealing realistically with certain normal developmental needs created by the child's disability. The long-term negative effects of such a handicap may be prevented if both family and clinicians are aware that adaptation to this type of difficulty is often a long process with forward and backward steps, so that skilled and continuous support is required.

5. PREVENTION IS FOR AND BY EVERYBODY

All can benefit from not only a keen awareness and appreciation of prevention as a philosophy but also from the notion of prevention as a practice. The following example illustrates this:

By allocating a small amount of resources, sometimes highly effective services can be obtained from volunteers; all that they need is to be stimulated and made use of. In the Richelieu Local Community Services Centre, the nurse in charge of pre and post-natal programs was able to get a group of volunteers set up, and they rapidly became involved in a number of profitable activities (Puvilland-Leduc, 1981). Based on the principle that a new mother, and especially a first-time mother, often sees herself as incompetent, isolated and in need of support, a group of young mothers was recruited. These women themselves all had recent experience with a new baby. They were trained in listening skills in a course given on helping relationships by the local school board.

Soon after the new mother came home with her baby, she was put into contact with one of these women volunteers. The assistance was provided mainly via the telephone, but could also be through home visits and even temporary caring of the new baby at home, according to the volunteer's initiative. There was a significant drop in the number of calls from new mothers to the Local Community Services Centre (LCSC). Many former clients then became volunteers and the volunteer group could then get involved in other programs within the LCSC, and with more difficult problems. This program was set up by someone who had not made any extensive search of the literature, but who was able to stimulate the desire in the community to take active charge of its own needs.

6. A GOOD START HELPS TO A HEALTHY LIFE

Every child has the right to be well and safely born, as well as the right to be born in a nurturing and emotionally supportive environment. As a general rule, acknowledgment of the developmental needs of the child will provide a framework for the care-taking requirements which can be facilitated by anticipatory guidance and modelling example. Efforts to promote and encourage parent-child bonding and attachment (Klaus and Kennel 1976 and Minde and Shosenberg 1978), provide a cornerstone for the ongoing sense of parental competence.

The stress of dealing with unexpected and worrisome or provoking behaviour can be offset by such anticipatory guidance, ideally offered within the circle of family or friends.

The vulnerability based on genetic, reproductive or constitutional stresses (Anthony 1974) can be dramatically reduced by adequate immunization, by education about nutrition in pregnancy, by providing intensive pre and perinatal care for high risk pregnancies, and by regular developmental screening during the early years.

Psychological factors at the time of birth and in the early days of life have also been found to contribute to pregnancy outcome. Some maternal conditions (youth, substance abuse, maternal emotional illness and mental retardation) will also render the early parenting process more difficult and substantially increase all types of parenting disorders. In addition, there are a number of other conditions (such as transfer of a premature or sick infant to a tertiary care unit) which can jeopardize the early parent-child relationship and weaken later parental competence.

As a rule, each woman who comes for her first pre-natal visit to her obstetrician or general practitioner, in addition to a routine medical examination, should have at least one interview during which an adequate social history is taken. Such a procedure would permit the physician to identify women who lack an adequate family support system, have had troubles with other children previously, and disruptions, difficulties, neglect or abuse in their own parental relationships.

7. PREVENTION MAY BE SIMPLE AND NEED NOT BE EXPENSIVE

Putting into practice the concept of prevention can be as simple as standing back and observing what is currently practised, thinking preventively, then adjusting or reordering the current practice.

The following is a good example of this.

In a seminar with a group of community health nurses, organization of the work involved in infant immunization clinics was discussed. In these clinics, the work was distributed primarily for purposes of efficiency. One nurse looked after the file, entering the necessary information, while another gave the injection. The nurses, in their desire to learn more about the psycho-affective aspect of the clientele, noted that this arrangement did not allow enough time to communicate or to note that the mothers perceived problems. By talking about it, they became aware that some time is needed to make any connection on the psycho-affective level, and so the tasks were reorganized so that one nurse would look after both making up the file and giving the injections.

Although the time given to each mother and child remained relatively short, this arrangement made for more significant contacts and

interactions between the nurse, and the mother and child. The mother could then start to express her concerns or mention problems involving the child.

In addition, the patient record was redesigned to allow space to note the psycho-affective problems raised and to ensure follow-up. The next appointment at the immunization clinic brought another contact with the same nurse.

8. PREVENTION IS AN ECOLOGICAL APPROACH

Prevention is a necessity for continued development, growth and a healthy well-being. It often requires nurturing and assistance from others.

An illustration of this is the approach used by children's hospitals with respect to family participation and "open" visiting for parents of hospitalized infants and young children. Children are happier and the parents less demanding and more helpful.

It has also been demonstrated that the infection rate is not any greater when parents are encouraged to stay and receive proper instruction. Some hospitals, such as the Children's Hospital in Vancouver and the Izaak Walton Killam Hospital for Children in Halifax, have organized separate Care-by-Parent units. Others, such as the Children's Hospital of Eastern Ontario in Ottawa, have an "Open" visiting policy and chairbeds for parents wishing to stay. All Canada's 10 hospitals for children now offer play programs, an opportunity for schooling, and preparation programs with a recognition that they have a responsibility to meet the child's emotional and developmental needs as well as his medical needs when in hospital. There are several models of family-centred maternity care, one of which may be seen at the McMaster University Medical Centre.

DEFINITIONS AND TYPES OF PREVENTION

Another commonly used method of defining prevention manoeuvres utilizes the concepts of Primary, Secondary and Tertiary Prevention.

Primary Prevention is that which aims at reducing the incidence of new cases of disorders, disabilities and dysfunctions in a population:

- reducing stress in the environment;
- raising individual and group immunity to stress;
- developing optimal potential;
- promoting competence in its broadest sense, that is, strengthening the individual's ability to cope with stress;
- improving the quality of life in targeted populations;
- raising the general health of the childhood populations.

As Bloom (1968) has pointed out, prevention has two distinct aspects:

(a) efforts which focus on modifying the stressful environment, and

(b) efforts designed to strengthen the capabilities of individuals to cope.

Programs also have been classified according to the target group alone, (Bloom 1968), or on a scheme which considers both target groups and socio-political values, (De Wild 1981).

In other words, primary prevention has to do with preventing certain debilitating factors and enhancing positive factors which will allow for the development of an individual with competence, and confidence to interact effectively with a responsive, sometimes stressful environment.

Bloom (1968) identified three types of primary prevention programs; community-wide, milestone and high-risk. In a communitywide program, for children, the target group is all children living within a specified geographical area. The children receiving intervention are not selected on a case-by-case basis. For example, primary prevention efforts for poor children can be launched on a community basis. Offord et al. (1979) have described the arguments for doing this. Briefly they are:

(i) All poor children currently at risk for particular emotional or learning problems can benefit from improved life quality. An intervention program aimed at high-risk poor children alone ignores the point that poverty by itself is a reason for intervention.

(ii) Community intervention avoids the danger of stigmatization or labelling of particular children (Gold, 1972; Robins, 1974; Farrington, 1977).

(iii) Since the community intervention dictates that the investigator will be involved in providing community services or updating the existing ones, he/she is in a better position to obtain needed background and epidemiological data from all families in the population before starting an intervention effort. The children and the parents are more likely to cooperate because they can see the possiblility of data being used by the investigator, or by themselves for their own benefit.

(iv) Community intervention facilitates the provision of necessary prerequisite or supporting programs. For instance, in a child mental health program certain prerequisites are needed. An incomplete list would include parental and child cooperation, adequate transportation to and from the clinic, adequate babysitting services if the whole family is not required at the appointment, and adequate nutrition.

Many of these prerequisites can be mounted most effectively on a community basis, because they address themselves to community problems.

In a milestone program, the second type described by Bloom (1968), residents of a community become the target of intervention at a particular point in the life cycle. Examples of such programs include ones aimed at mothers who are pregnant for the first time (Broussard and Hartner, 1971) and preschool screening programs to identify and provide effective intervention for children thought to be at increased risk for emotional or learning problems in later years (Satz et al., 1978; Schenck et al. 1979).

The third type of primary prevention program noted by Bloom (1968) is a high-risk program. Here, specific individuals or groups are identified as being at increased risk for certain conditions and they become the target of the prevention program. Children can be placed in a high-risk category for psychosocial disturbance on the basis of parental characteristics, or on the basis of characteristics of the children themselves. An example of the former would be the offspring of parents with mental illness (Rutter, 1966) and of the latter, children with brain damage (Rutter et al., 1970).

Secondary Prevention has as its goal the reduction of the prevalence (the number of existing cases) of disorders or dysfunctions. It is hoped by early detection and treatment that the progress of the disorder will be minimized and the duration lessened.

Cowen (1973), points out that secondary prevention includes two quite different aspects. It may be used to identify incipient dysfunction with intervention to forestall maldevelopment, as in parent education groups. Alternatively, in a view often emphasized by children's mental health centres, attempts may be made to detect established illnesses early, so that they may be handled more effectively.

Secondary Prevention Programs: Here, the area of early intervention through direct therapeutic endeavours with children has led to interest in normative and crisis developmental problems. Bower (1961), indicated the importance of normal emotional hazards such as pregnancy, childhood illness, birth of a sibling or loss of a parent through death, divorce or separation. In the latter area, the work of Wallerstein and Kelly (1979) clearly indicates the long-term ill effects of divorce and separation on children.

Tertiary Prevention or rehabilitation focuses on reducing the sequelae resulting from established disorder or dysfunction.

Some examples of Tertiary Prevention Programs are those therapeutic programs which relate to optimal rehabilitation of children with such conditions as autism, cerebral palsy, established learning disabilities, long-term emotional disorders, or long-term behavioural disorders.

Here, remarkable progress has been made in such areas as avoiding some sequelae of developmental neurological problems, the normalization programs for children with mental retardation, or in avoiding undue institutionalization both in infants and in children in need of inpatient residential care.

Considerable and very basic work still needs to be done, especially evaluating the relative efficacy of different models of treatment, but again the progress in the field is exciting.

Although most of the preceding discussion centres largely on primary and secondary aspects of prevention, it must not be overlooked that programs to reduce long-term effects of disorders (tertiary prevention), are important due to early detection and intervention in problems.

PREVENTION: MAKING IT HAPPEN

Most clinical settings, and many individual practitioners or special interest groups want to focus on evaluation of the results of their intervention. This usually leads to considering whether the patients or clients have been served early enough, and whether the particular condition could have been prevented. Many basic prevention concepts have been described in the previous section. This section deals with how parents, clinicians and others interested in prevention can move from the general idea that they should be interested in early intervention and health promotion into consideration of how to do this.

It may seem that prevention projects are difficult to achieve, or can only be carried out by highly skilled research organizations. In fact, interventions dealing with competence enhancement or restoration in the field of primary and secondary prevention should follow as natural outgrowths of ordinary clinical activity and interest.

The best way of overcoming concerns about prevention activities is to identify a particular group where early intervention would seem to make a difference. Many clinical settings or groups can easily identify a particular target group for a survey or study. For example, these may include parents of newborns, parents whose children are showing early oppositional problems, or those parents whose children have required special care in the newborn nursery. Other interest groups would be the early teenagers, those leaving high school, or those who are obese or have developmental difficulties. These examples are quoted from some of the programs which have been run recently in clinical settings, and in all cases the impetus came from staff who wanted to do something with a particular group. All these programs were planned and evaluated, but the greatest advantage came from the very positive feedback which staff received, and the excitement and interest which they themselves felt. Working in this way can be a most rewarding clinical experience.

SECURING FINANCIAL SUPPORT

There is expertise available to help with formulating ideas and developing funding proposals. Many provincial governments have departments which are interested in this area. For example, in Ontario the Children's Services Division of the Ministry of Community and Social Services has a section that is interested in prevention projects, and which solicits ideas and proposals; the Ministry of Transportation and Communications in Ontario has a section interested in accident prevention; the Ministry of Health has a number of committees dealing with demonstration model grants.

Federal granting agencies include the Department of National Health and Welfare, who are interested in proposals which may lead to funding for innovative projects. Therefore at various government levels, there is great interest in fostering the emergence of new ideas, with an emphasis on competence enhancement and restoration.

A number of private or semi-private foundations are also interested in such ideas. These include The Laidlaw Foundation, the Research Foundation at the Hospital for Sick Children or the Ontario Mental Health Foundation.

Many municipalities or regions now have Children's Services Committees, District Health Councils, or equivalents. These organizations have considerable interest in services stressing early intervention and promotion, and it is quite possible to tap expertise already possessed by these bodies, including coordination with other settings or interest groups. Support for prevention and early intervention manoeuvres are therefore available from a wide variety of agencies.

STEPS TO IMPLEMENTING A NEW PROGRAM

Definition

Identify the problem - strength to be promoted, stress to be prevented.

Undertake an extensive review of the literature on similar problems and program responses.

Obtain organizational commitments. Form a project team.

Selection

Define the population to be served and the means of approaching those from the population who will be selected to receive the intervention.

Description

Identify clearly what intervention or modification of staff, recipients or instructions will be attempted to produce the desired impact. Stipulate what will be taken as evidence that an intervention is occurring and/or that an outcome has been obtained.

Select specific procedures and observe regularly to see that they are being used.

State the hypothesis about the risk factors or protective factors being measured and modified and the expected connections between these and an outcome.

State what changes are expected, changes in process and outcomes. Write it all down.

Delivery of Intervention or Service

Begin the intervention. Collect the necessary measurements to control the operation and establish the effects of the system.

Follow the written plan.

Create individualized plans for each individual or sub-group receiving attention, harmonized with the written plan.

Evaluation

At a prearranged time, process the information collected, including the value attributed to the system by all sets of participants - funding source, sponsoring organization, staff, recipients, relatives of recipients, etc. Much attention is paid to process monitoring. Recheck periodically with all relevant parties to be clear that goals emerging are relevant, etc.

Make clear decisions concerning any changes necessary, based on a careful analysis of the system or project in operation. Compare the program with status quo, independently measured.

Spreading the News

Draw conclusions from obtained experience and evaluation results. Write a report.

Provide advisors who can help others who may wish to copy a successful program.

Withdraw the original senior team to work on new tasks, leaving a self-perpetuated system behind. Let them now identify new problems to tackle.

DATA COLLECTION IN PREVENTION PROGRAMS

One interesting characteristic of data collection, especially in primary prevention programs, is the use of unobtrusive data. Relevant information can often be collected without violating the adult's or child's legal or moral rights and without disturbing them in any way (Jones et al., 1979). These data have two major advantages in primary prevention research. First, if a community approach is used, data can be collected on a control population without directly approaching them. This is important since people will often not provide research data when they will not benefit directly from the intervention or research programs (Offord et al., 1979a). Secondly, these data are relatively cheap to obtain because for the most part they are easily retrievable from public data. Of course, caution must be exercised in assuming that changes in these data are because of effectiveness of a primary prevention program (Pettingill, 1981).

An example of the use of this type of information is a skill development project in Ottawa (Offord et al, 1979b). Here, unobtrusive data from police, fire, vandalism, aggregate school and Children's Aid records were collected in two large publicly supported housing complexes in Ottawa. These data allowed the investigators to decide in which of these two housing complexes the children appeared to be worse off. The more disadvantaged complex became the experimental one where the skill program was implemented while the other complex became the control one. Thus, any gains in the children in the experimental complex over those in the control complex during the three-year duration of the project would be made in spite of an initial disadvantage in the experimental children. These same unobtrusive data continuously collected in both housing complexes over the three-year study period can provide one important indication of the effectiveness of the intervention (Jones and Offord, 1980;

1981). This use of a conservative design allows one to proceed with a community demonstration project without resorting to random assignment of communities to experimental and control groups, which is impractical and much too expensive (Jones et al., 1979).

THE CONCEPT OF CAUSAL CHAINS IN PREVENTION

Any prevention project should have a theoretical underpinning. This often consists of the construction of a "causal chain" for the condition or disorder targeted for the prevention effort. One of the major aims of psychiatric epidemiology is to provide reliable data on which causal chains can be based (Robins, 1978). For example, one might consider the following proposed causal chain:

Causal Chain

- Learning Disorders
- School Failure
- Low Self-Esteem
- Antisocial Behaviour

This causal chain may be accurate. In fact, the evidence is mixed with some supportive data, (Rutter et al., 1970b; Frease, 1972; Gold and Mann, 1972), and other non-supportive data (Sturge, 1972; Offord et al., 1978; Offord and Poushinsky, 1981). This suggests that the interactive process is a very complex one.

Using this chain, it is apparent that interventions aimed at the prevention of antisocial behaviour could focus on interrupting the chain at one of several points. These would include preventing learning disorders, school failure resulting from learning disorders, or the low self-esteem resulting from the school failure. The carrying out of such demonstration projects is the work of what Robins terms experimental epidemiology (Robins, 1978). Of course, it is hoped that parts of causal chains are shared by more than one childhood disorder, so that interrupting one causal chain may have widespread payoff by reducing the incidence of several childhood conditions (Robins, 1979).

EXAMPLES OF PREVENTIVE PROJECTS ALREADY IN OPERATION

A. COMMUNITYWIDE PREVENTION PROJECTS

Block Parents

A program aimed at increasing protection and safety of children (available in many communities in Canada).

L'il Beaver Clubs

A program providing guidance and social, personal and cultural development for young boys.

Thistletown Regional Centre Community Service

This service offers, in a number of areas in Toronto, prevention activities that include pre-school day care; consultation to schools, day care centres, public health nurses and self-help organizations; community development projects.

B.C. Council for the Family, Victoria, B.C.

This council serves as a forum for communication between community representatives throughout the province and government and voluntary agencies, about the needs of the family aimed at the development of programs, support systems, networks and public education to promote the well-being of the family.

Children's Play Resource Centre, Vancouver, B.C.

This is a non-profit resource centre for parents and professionals concerning the role of play in children's development, with emphasis on the requirements of special needs children, whether institutionalized or at home.

ESP - Nova Scotia

ESP (Extra Support for Parents) is a community project which provides support for parents who are isolated, inexperienced and with limited financial support. The focus is on talking and listening to new mothers; giving information on infant care and child development; providing transportation to doctors' appointments, grocery shopping, baby-sitting to give mothers some free time, and assistance with applications for family benefits, social assistance, day care and legal aid.

Summer Teen Club Programs (in Saskatoon)

These programs sponsored by Parks and Recreation program consist of daily summer recreation programs based in city high schools.

Well Baby Clinics

Screening programs and some parent guidance when required are offered by the Department of Public Health throughout Canada.

Bow Valley Women's Resource Centre

This centre assists in the organization of a women's group in Canmore, Alberta, locating a suitable facility, offering guidance as to future directions of the group, developing bylaws and constitution, and developing informative workshops designed to educate residents, enhance their personal well-being and develop a sense of community spirit and effort.

Canmore Alcoholism and Drug Awareness Committee (CADAC)

This committee assists in determining the extent of alcoholism and drug abuse in the community, and its relationship to other problems; provides information on community residents' attitudes

towards alcohol, drug usage, and treatment; it also recruits volunteers to work on the problem of alcohol and drug usage.

A Suicide Information and Education Centre (i. Calgary)

This centre provides information and a central clearing house for management of suicidal situations, sustains public awareness of the potential for suicide in people around them, reviews articles and publishes a newsletter.

The Alberta Children's Hospital Volunteer Program

This program provides a Community Education Team which goes out and presents issues relating to child abuse to community audiences of varied backgrounds.

These examples indicate how a number of community agencies at various levels of complexity can get together to plan and organize such programs. Sometimes university and regional centre assistance is needed, but often groups themselves can get together and decide what they wish to do. Earlier sections of this report dealt with how such ideas can be planned and funded.

B. HIGH-RISK PREVENTION PROJECTS

Biochemical Genetic Clinic of the Atlantic Research Centre for Mental Retardation (Nova Scotia)

This clinic was established to ensure optimum care for children with inherited disease, with minimum disturbance of lifestyle and development.

Tupper Mini-School and Emma's Infant Care, Vancouver, B.C.

This is a program for teenage mothers, coordinated by the Y.W.C.A. and dedicated to meeting the individual learning and health needs of young mothers and their infants so that they will not be limited to a future of dependency.

Self-help Groups in a Premature Nursery in Toronto - A Controlled Evaluation

This is a research project completed at the Hospital for Sick Children.

Youth Guidance Clubs

This program in Toronto establishes partnerships between high-risk children and adult volunteers.

Direct Home Services Program (Newfoundland & Labrador)

This program for mentally retarded children from birth to six years is provided by the Provincial Department of Social Services.

'Transition Group'

This is a summer program offered by Youth Services Program, University Hospital, Saskatoon, for Grade 8 graduates identified by their teachers as at risk for school dropout in Grade 9-10.

'Another Choice'

The Youth Services Program, Saskatoon, and the Saskatchewan Alcoholism Commission are joint sponsors of a parent information and support program for parents of drug/alcohol abusing children and youth.

Nature Survival School

A community board and the Saskatoon Separate School Board are joint sponsors of an alternative school program for high-risk native students.

Family Support Services for the Handicapped Parent (in Calgary)

Family Support Services provides an intensive training program for mentally handicapped people who have decided to get married and/or have decided to have children. This program aims at integrating early training in the home of the handicapped family with environmental circumstances, thereby allowing normal intellectual development of the child.

Single Parent Families (in Calgary)

A workshop for children of single parent families addresses new responsibilities, economic pressures from a limited income, what can be done to help the family to adjust and grow in the new family environment, and helps them to understand the breakup of a marriage relationship.

Classroom Management and Social Skills Training (in New Brunswick)

This is a competence-building program provided by Mental Health Services staff for first and second grade high-risk children who have shown poor peer relationships. Fifty lessons are delivered to the children over a four-month period.

In these examples, particular groups are specified, with descriptions of the attempts made to promote competence, or to detect early problems which can be assisted.

C. MILESTONE PREVENTION PROJECTS

Saskatchewan Association for Children with Learning Disabilities

This pilot project has developed a pre-vocational training program for youth, to bridge the gap in their behavioural and academic skills and to develop their readiness to enter work-training programs.

Safety While Travelling (Banff)

With so many young people travelling, this workshop would deal with the dangers involved with hitchhiking, how to choose an appropriate campsite, what to do if you are robbed or end up in trouble and how to avoid getting hurt while away from home. It would also cover such topics as being hospitalized and having the appropriate health care coverage.

Parent Pre-School Resource Centre

This project in Ottawa provides information about child development, advice about child rearing and support to parents.

Daybreak Parent and Child Centre (Newfoundland and Labrador)

This is a program for pre-school children of disadvantaged families providing parent education and counselling in conjunction with day care.

Indirect Consultation to Special Services in Halifax Schools

The Child Psychiatry Department of the Izaak Walton Killam Hospital for Children and the Halifax District School Board offer indirect service to children by providing consultation to school psychologists, social workers, teachers,

principals and counsellors. The purpose is the identification and early treatment of problems of pupils, along with the increase of skills and resources of the professionals involved through individual discussions, group conferences in and outside the schools, and inservice training on topics of common interest.

Project Approach (Young Adults in Banff)

- 'The Young Person as a Family Member' is a workshop which looks at the role of the young person within the family unit. It deals with responsibilities, restrictions, peers vs family, and involvement in family decisions.

- 'Cults and the Young Person' is a workshop which explains the nature of various cults, how they encourage young people to join, what they are, and the dangers of being involved.

- 'Juveniles and the Law' is a workshop which introduces young people to their rights as minors, teaches them how to utilize the police and other agencies when in trouble, and the precautions necessary to avoid distress.

- 'Teen Relationships and Dating' is a workshop aimed at increasing teens' living skills, and enabling them to become effective leaders. It teaches organizational skills, and how to work with other young people and the community to realize their goals.

Observation Nurseries in Banff

Parents observe play, and interaction of staff and children for about half an hour. Then, with a trained discussion group leader, parents not only gain insights into their own and their children's feelings, but also the development and needs of pre-school children.

The Boys' and Girls' Clubs in Calgary

These clubs sponsor camps in the summer for all children, particularly those who are "in care" as wards of the Government or in Group Homes.

Education in New Brunswick

In New Brunswick, a psychologist, a public health nurse and some area school teachers collaborate to provide information to Grade 10 students in Miramichi on depression, how to recognize early signs and activities in which to engage when faced with depression.

Support for New Mothers (in Quebec)

This project provided by the Richelieu Local Community Service Centre and involving young mothers as volunteers, serves new mothers, who, soon after returning home with their babies, contact another young mother serving as a volunteer.

In these examples, attempts are made to identify children at risk in particular ages or stages.

For those interested in these types of approaches, "The State of the Art: A Background Paper on Prevention" published by the Ministry of Community and Social Services of Ontario, 1979, is strongly recommended.

In addition, a recommended paper focusing on Secondary Prevention is Dr. B. McConville's "Secondary Prevention in Child Psychiatry: An Overview with Ideas for Action", in Canada's Mental Health (#CMH Vol. 30 December 1982 No. 4).

IMPLICATIONS AND CONCLUSIONS

The effectiveness of prevention as a concept and as a practice rests on its acceptance by mental health professionals, policy makers and program directors. Such an acceptance should be based on a strong sense of commitment and on the belief that it works.

Some obstacles must still be overcome, including perhaps an over-attachment to the mythical value of self-determination.

Moreover, since prevention programs are seldom dramatic, and usually require long-term commitment and evaluation, they may lack the glamour associated with some other mental health practices, especially those with associated high technology. Nevertheless, the impact of preventive manoeuvres is clear from the examples given in this report.

In general, the eight principles as developed and discussed earlier remain the key to a preventive approach and attitude. They require continued reaffirmation and continued advocacy.

The sought after optimum is a child who is happy, parents who feel good about their parenting, and a cooperative effort where all are part and each is an individual.

It is hoped that this report provides the basis for an understanding of prevention as a concept and a practice, gives some indication of available resources and will lead to the development of a documented accessible resource of available data, resources and shared experiences.

REFERENCES

1. ANTHONY, E.J. and Koupernick C. The Child and His Family: Children at Psychiatric Risk, Vol III. New York, John Wiley, 1974.

2. BARRETTE, P.A., Finch. T., Jackson, W. and Offord, D.R. Chedoke Child and Family Centre: an initial demographic analysis. Unpublished, 1980.

3. BLOOM, B.L. The evaluation of primary prevention programs. In Comprehensive Mental Health. Roberts, L.M., Greenfield, N.S. and Miller, N.H. (eds.), University of Wisconsin Press, Madison, 1968.

4. BOWER, E.M. Primary prevention of mental and emotional disorders: a conceptual framework and action possibilities. American Journal of Orthopsychiatry, 31: 832-848, 1961.

5. BROUSSARD, R.R. and Hartner, M.S. Further considerations regarding maternal perception of the first born. In Exceptional Infant II: Studies in Abnormalities. Helmuth, J. (ed.), Brunner Mazel, New York, 1971.

6. BROWN, J.C. Prevention of Handicap: A Case for Improved Prenatal and Perinatal Care. Ottawa: Canadian Institute of Child Health, 1978.

7. CANADIAN COMMISSION FOR THE INTERNATIONAL YEAR OF THE CHILD. For Canada's Children - National Agenda for Action. Report, 1979.

8. CANADIAN COUNCIL ON CHILDREN AND YOUTH. Admittance Restricted: A Report of the Child as a Citizen. Ottawa: Canadian Council on Children and Youth, 1978.

9. CAPLAN, C. and Grunebaum, H. Perspectives on primary prevention: a review. Archives of General Psychiatry, 17: 331-346, 1967.

10. CAVA, Esther L. Role of the Physician in Prevention of Psychologic Disorders in the Well Child. Neilson, Textbook of Pediatrics, 10th edition, 1975.

11. COWEN, E.L. Social and community interventions. Annual Review of Psychology, 24: 208-472, 1973.

12. DeWILD, D.W. Toward a clarification of primary prevention. Community Mental Health Journal, 16: 306-316, 1981.

13. FARRINGTON, D.P. The effects of public labelling. British Journal of Criminology, 17: 112-125, 1977.

14. FOX, A.M. Détection précoce des troubles du développement: neurologie prévisionnelle ou mythologie clinique. Médicine Moderne du Canada, janvier 1979, vol. 34, no. 1.

15. FREASE, D.E. Schools and delinquency. British Journal of Criminology, 12: 133-146, 1972.

16. GOLD, M. and Mann, D. Delinquency as a defense. American Journal of Orthopsychiatry, 42: 463-479, 1972.

17. HEBER, R. 'Sociocultural Mental Retardation: A Longitudinal Study', Chap 4 in Primary Prevention of Psychopathology, Vol II: Environment Influences. For Gasp. D. 5. (Ed.) University Press of New England, 1978.

18. JONES, M.B. and Offord, D.R. Progress Report N.L.., Skill Development: A Community Intervention Programme for Poor Children. Unpublished, 1980.

19. JONES, M.B. and Offord, D.R. Progress Reports Nos. 3 & 5, Skill Development: A Community Intervention programme for Poor Children. Unpublished, 1981.

20. JONES, M.B., Offord D.R. and Barrette, P.A. Intervention under heavy Constraint: design and evaluation. Unpublished, 1979.

21. KAGAN, J., Kearsley, R.B., Zelago, P.R. Infancy: Its Place In Human Development, Cambridge Mass.: Harvard University Press, 1978.

22. KENISTON, Kenneth. All Our Children: The American Family Under Pressure. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1977.

23. KLAUS, M.H. and Kennel, J.H. Maternal-Infant Bonding: The Impact of Early Separation or Loss on Family Development. St. Louis: Mosley, 1976.

24. KORNBERG, M.S. and Caplan, G. Risk factors and preventive intervention in child psychopathology: a review, Journal of Prevention 2: 71-133, 1980.

25. LANGNER, T.S., Gertsen, J.C., Greene, E.L., Eisenberg, J.G. Herson, J.H. and McCarthy, E.D. Treatment of psychological disorders among urban children. Journal of Consulting and Clinical Psychology 42: 170-179 1980.

26. McCONVILLE, B. Secondary Prevention in Child Psychiatry: An Overview with ideas for action. Paper published in Canada's Mental Health, Vol. 30, December 1982, No. 4.

27. MINDE, K., Schosenberg, N., Martin. R., Hines, B., and Shanoff, J. Self-help groups in a premature nursery - a controlled evaluation. Paper presented at the Annual meeting of the American Orthopsychiatric Association, San Franciso, 1978.

28. NATIONAL COUNCIL OF WELFARE. In the Best Interests of the Child. Ottawa: National Council of Welfare, 1979.

29. OFFORD, D.R., Jones, M.B. and Barrette, P.A. Skill Development: A Community Intervention Program for Poor Children. Grant application submitted to Fitness and Amateur Sport, Ottawa, and the Hospital for Sick Children Foundation, Toronto, 1979b.

30. OFFORD. D.R., Jones, M.B. and Barrette, P.A., Community Intervention with Poor Children: rationale and strategy. Unpublished, 1979a.

31. OFFORD, D.R. and Poushinsky, M. School performance, I.Q., and female delinquency. International Journal of Social Psychiatry. 27: 53-62, 1981.

32. OFFORD, D.R., Poushinsky, M.F. and Sullivan, K. School of performance, I.Q. and delinquency. British Journal of Criminology, 18: 110-127, 1978.

33. ONTARIO MINISTRY OF COMMUNITY AND SOCIAL SERVICES. The State of the Art: A Background Paper on Prevention. Toronto: Minister of Community and Social Services, 1979.

34. PETTINGILL, P. The availability of data on children and their environment and the use of those data in the prevention of children's mental health problems. Unpublished, 1981.

35. PUVILLAND-LEDUC, C., Levasseur, L. and Cabana, D. L'entraide maternelle en période post-natale. L'infirmière Canadienne., mai 1981, 23e année, no. 5.

36. RAE-GRANT, N. The State of the Art: A Background Paper on Prevention: Children's Services Division, Ontario Ministry of Community and Social Services, Toronto, 1979.

37. ROBINS, L.N. Antisocial behaviour disturbances of childhood. In The Child and His Family: Children at Psychiatric Risk, Anthony, E.J. and Koupernik, C. (eds.) John Wiley & Sons, New York, 1974.

38. ROBINS, L.N. Psychiatric epidemiology. Archives of General Psychiatry, 35: 697-702, 1978.

39. ROBINS, L.N. Longitudinal methods in the study of normal and pathological development. In Psychiatrie de Gegenward, Bandl, Grandlagen und Methoden des Psychiatrie, Kisher, K.P. Meyer, J.E., Muller, C and Stromgren (eds)., Springer-Verlag, Heidelberg, 1979.

40. ROMEDER, J.M. Self-help Groups in Canada. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1982.

41. RUTTER, M. Children of sick parents: an environmental and psychiatric study, Institute of Psychiatry, Maudsley Monograph No. 16, Oxford University Press, London, 1966

42. RUTTER, M., Graham, P. and Yule, W. A neuropsychiatric study in childhood. Clinics in Developmental Medicine, 35/36. Heinemann, London, 1970a.

43. RUTTER, M., Tizard, J. and Whitmore, K. Education, Health and Behaviour. Longman, London, 1970b.

44. SATZ, P., Taylor, G.H., Friel, J. and Fletcher, J.M. Some predictive and developmental precursors of reading disabilities: A six-year follow-up. In Dyslexia: A Critical Appraisal of Current Theory, Pearl, D. and Benton, A. (eds) Oxford University Press, London, 1978.

45. SCHENCK, B.H. Fitzsimmons, J., Bullard, P.C. and Satz, P. A prevention model for children at risk for reading failure. In Rehabilitation, Treatment and Management of Learning Disorders, Proceedings of a N.A.T.O. - Sponsored Conference, Knights, R. and Bakkar, D. (eds), University Park Press, Baltimore, 1979.

46. SILVER, George A. Child Health - America's Future. Rockville: Aspen Systems Corporation, 1978.

47. STANDING SENATE COMMITTEE ON HEALTH, WELFARE AND SCIENCE. Child at risk. Report, Ottawa, Ministry of Supply and Services Canada, 1981.

48. STURGE, C. Reading retardation and antisocial behaviour. Submitted in partial fulfillment of the requirements for M. Phil. degree of University of London, 1972.

49. TRITES, R.L. and Fiedorowicz, C. Follow-up study of children with specific (or primary) reading disability. In The Neuropsychology of Learning Disorders, Theoretical Approaches. Knights, R.M. and Bakkar, D.J. (eds) University Press. Baltimore. 1976.

50. WALLERSTEIN, J.S. and Kelly, B. Divorce and Children. In Basic Handbook of Child Psychiatry. Roshpitz, J.D. (Ed) Vol. 4: 339-347, New York Basic Handbook, 1979.

51. WHITE, R.N. Strategies of Adaptation: An Attempt at Systematic Description. In Human Adaptation: Coping with Life Crises. Moss, R.H. (Ed) Lexington: Health and Co., 1976.

ANNEX A

Distributed June 22 & 23, 1981

SUMMARY STATEMENT FROM THE CANADIAN SYMPOSIUM ON PREVENTIVE STRATEGIES IN CHILDREN'S MENTAL HEALTH, FEBRUARY 1981.

On February 17 to 19, 36 mental health professionals from across Canada met at the Guild Inn, Scarborough, Ontario to review broad preventive strategies applicable to the diverse programs for children across Canada. The Symposium was sponsored by the Mental Health Division of the Federal Department of Health and Welfare.

Dr. Quentin Rae-Grant, Chairman for the Symposium opened the meeting with an overview of issues in prevention, of recent events and discussions leading up to this national conference, and of the goals and objectives for the meeting. He expressed the hope that some guidelines for action in preventive strategies in child mental health would come forward from this gathering of experts from across Canada. Dr. Rae-Grant raised many far-reaching questions, among them: Should we always wait for proof of effectiveness before taking new intitiatives? How sure do we have to be? Are universal efforts directed broadly toward high-risk populations more equitable and ethical than screening programs to identify or 'label' particular high-risk groups, or individuals? In high-risk groups, why do some individuals have the capacity to cope well with stress, to use the helping network effectively, or to recover quickly from difficulties? How do we distinguish effective preventive measures from 'faddiness'? What about the politics of prevention? - the costs of prevention? Can we afford the price of not doing anything about the prevention of mental illness?

Dr. David Randall described an Information Exchange Inventory established by the Canadian Mental Health Association.

Regional reports presented by Conference participants on preventive activities and projects across Canada focused on the following points:

- Considerable variability of programs and activities within and among provinces reflects differences in needs, culture and social organization among Canadian communities (for example, Alberta has the highest adolescent suicide rate in Canada). Commenting on these presentations, Dr. Quentin Rae-Grant noted that some of the most innovative projects are in small, isolated places that have few formal resources.

- There is an urgent need to create an information system on effectiveness.

- In some instances the media is being used successfully to mobilize resources which already exist in the community.

- The concerns and interests of the participants reflected the difficulties of implementing effective interventions in an area that interfaces with such diverse factors as social, economic, cultural and geographic stresses.

- In the North, attempts to prevent substance abuse, for example, glue sniffing, are compounded by difficulties arising from distance, transportation and cultural barriers.

- Some areas are experiencing a shifting emphasis in funding and organizational priorities away from concerns for children and families.

- Many participants work intensively with community agencies and groups to improve basic knowledge and understanding of child-rearing skills and to enhance competence and satisfaction in the parental role.

In response to these regional presentations, Dr. Dan Offord from Chedoke-McMaster Hospital summarized:

- There are difficulties in the area of prevention - time limitations, the need to share findings, lack of training of professionals, lots of "politics" involved.

- There are few planned intervention strategies that attack underlying conditions.

- There is a lot going on but it is hard to pull together efforts that are scattered widely and very different in kind.

In considering the tasks faced by the participants, Dr. Offord suggested:

1. The Symposium might first look for those programs that have proven so effective they should be universal.

2. There are other intervention strategies that hold much promise but need evaluation.

3. Some attempt might then be made to rank many valuable ideas and consider how they might be addressed, how they might be implemented and, above all, how they could be made 'transportable'.

The following day, Dr. Naomi Rae-Grant and Dr. Dan Offord presented a summary of Program Design and Evaluation of preventive measures. Dr. Brian McConville of Beechgrove Regional Centre in Kingston then discussed secondary prevention in child psychiatry, centering on services which helped, or those which impeded, actions.

Three concurrent working groups discussed:

- Methodological issues in evaluation and assessment of outcomes of preventive mental health programs (convened by Dr. Dan Offord.)

- Education for prevention, (convened by Dr. Jean-François Saucier, Hôpital Ste. Justine, with papers presented by Dr. Laurent Houde, Hôpital Rivière des Prairies, Dr. Jim Ricks, Integrated Services, Victoria and Jean Brown, Hospital for Sick Children, Toronto).

- Implementation of preventive programs in child mental health (convened by Dr. Brian McConville with papers presented by Dr. Tim Hogan, Canadian Psychological Association and Nancy Shosenberg, Hospital for Sick Children, Toronto).

At the concluding plenary session, participants shared their thoughts on some of the principles that should guide future actions:

- While particular preventive programs may be based on very portable principles, the programs themselves will usually require adaptation to local or regional circumstances to be fully successful.

- Since many of the risk factors underlying poor mental health practices are socioeconomic in origin, cooperative efforts with representatives of other jurisdictions such as social services will be required to stimulate or monitor improvement in these areas.

- In areas of Canada undergoing marked social changes, such as frontier development areas, environmental and social resources must be mobilized quickly to strengthen and protect people and to stabilize the quality of life.

The Symposium affirmed strongly that, all other efforts notwithstanding, priority efforts must continue to focus on:

1. promoting a general awareness of the need for prevention, both primary and secondary;

2. the development and maintenance of supportive and instructional programs for parents, and for educators and community workers.

In the concluding discussion, Brenda Wattie, Director, Mental Health Division, commenting on the possibility of future action arising from the Symposium, undertook to ensure that the materials and recommendations from the Symposium would be considered by the Task Force on Children's Mental Health, who would in turn consider directions for future activity from the Symposium.

Further information on the papers presented at this Symposium may be obtained from:

Mental Health Division,
Department of National Health
and Welfare
Jeanne Mance Building,
OTTAWA, Ontario.
K1A 1B4

LIST OF ACCESSIBLE RESOURCES ANNEX B

FEDERAL

Mental Health Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
OTTAWA, Ontario.
K1A 1B4

Tel.: (613) 995-0166

PROVINCIAL MENTAL HEALTH SERVICES IN CANADA

NEWFOUNDLAND
Director of Mental Health Services,
Department of Health,
Chimo Building,
Crosbie Road,
ST. JOHN'S, Newfoundland.
A1B 3K4
(709) 737-3657

PRINCE EDWARD ISLAND
Director of Mental Health,
Department of Health and
Social Services,
P.O. Box 2000,
CHARLOTTETOWN, P.E.I.
C1A 7N8
(902) 892-5471

NOVA SCOTIA
Administrator,
Psychiatric Mental Health Services,
Department of Public Health,
P.O. Box 488,
HALIFAX, Nova Scotia
B3J 2R8
(902) 424-4232

NEW BRUNSWICK
Director,
Mental Health Services,
Department of Health,
Room 616,
Centennial Building,
FREDERICTON, New Brunswick.
E3B 5H1
(506) 453-2389

QUEBEC
Sous-ministre adjoint
Direction générale des programmes
de santé
Ministère des Affaires sociales
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1S 2M1
(514) 643-6778

ONTARIO
Director,
Mental Health Division,
Ministry of Health,
Hepburn Block,
8th Floor,
TORONTO, Ontario.
M7A 1R3
(416) 965-6234

ADM,
Operations,
Ministry of Community and
Social Services,
Hepburn Block,
6th Floor,
TORONTO, Ontario.
M7A 1E9
(416) 965-7683

MANITOBA
Director of Psychiatric Services,
599 Empress Street,
WINNIPEG, Manitoba.
R3G 3H2
(204) 944-3750

SASKATCHEWAN
Executive Director,
Psychiatric Services Branch,
Department of Public Health,
Provincial Health Building,
REGINA, Saskatchewan.
S3S OA6
(306) 565-3287

ALBERTA
Director,
Mental Health Services,
9tn Floor,
7tn Street Plaza,
10030 - 107th Street,
EDMONTON, Alberta.
T5J 3E4
(403) 427-2816 & 0794

BRITISH COLUMBIA
Executive Director,
Mental Health Services,
Ministry of Health,
1515 Blanshard Street,
VICTORIA, British Columbia.
V8W 3C8
(604) 9+386-3166

NORTHWEST TERRITORIES
Director,
Mental Health Services,
Northwest Territories Government,
Box 10,
YELLOWKNIFE, N.W.T.
X1A 2N1
151 920-2001 (403)
873-8814 (Residence)

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION ADDRESSES OF DIVISIONAL OFFICES.

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
British Columbia Division,
692 East 26th Avenue,
VANCOUVER, British Columbia.
V5V 2H7
(604) 873-1633

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Alberta Division,
10711 - 107th Avenue, Suite 207,
EDMONTON, Alberta.
T5H OW6
(403) 426-6665

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Saskatchewan Division,
1810 Albert Street
REGINA, Saskatchewan,
S4P 2S8
(306) 525-5601

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Manitoba Division,
330 Edmonton Street,
WINNIPEG, Manitoba
R3B 2L2
(204) 942-3461

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Ontario Division,
8 Pailton Crescent, 2nd Floor
TORONTO, Ontario.
M4S 2H8
(416) 487-5361

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Northwest Territories Division,
P.O. Box 2580,
YELLOWKNIFE, Northwest Territories,
XOE 1HO
(403) 873-3190

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Québec Division,
550 Sherbrooke Street West, Suite 410,
MONTREAL, Québec
H3A 1B9
(514) 849-3291

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
New Brunswick Division,
43 Brunswick Street,
FREDERICTON, New Brunswick.
E3B 1G5
(506) 455-5231

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Nova Scotia Division,
5739 Inglis Street,
Halifax, Nova Scotia.
B3H 1K5
(902) 422-5800

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Prince Edward Island Division,
P.O. Box 785,
57 Queen Street,
CHARLOTTETOWN, Prince Edward Island.
C1A 4A5
(902) 894-9952

Executive Director,
Canadian Mental Health Association,
Newfoundland Division,
P.O. Box 5788,
ST. JOHN'S, Newfoundland.
A1C 5X3
(709) 753-8550

ANNEX C

List of publications available from the Mental Health Division, Health and Welfare Canada:

Write to:

Mental Health Division,
Health Services Directorate,
Health Services and Promotion
Branch,
OTTAWA, Ontario.
K1A 1B4
Tel.: (613) 995-0166

CANADA'S MENTAL HEALTH

A multidisciplinary mental health journal published quarterly. Subscriptions available free of charge in Canada; U.S. and foreign orders $5.50 per year. Back issues also available.

Abstracts from Provincial Mental Health Legislation, 61 pp., 1981.

Mental Health Services in Canada: 1982 Edition, 165 pp.

Greater Vancouver Mental Health Service: A Model of an Urban Community Mental Health Service, 23 pp., 1982.

* Alzheimer's Disease: A Family Information Manual, 39 pp., 1982.

---

* This publication is now obtainable from:

Alzheimer Society,
185 Bloor St., East,
TORONTO, Ontario.
M4W 3J3
(416) 927-1580

Research in Mental Health: Report of the Working Group, 23 pp., 1978.

Helping children cope with family breakup, 20 pp., 1982.

One of Eight: Mental Illness in Canada, 6 pp., 1982.

The Mental Health Planning Board of Metropolitan Halifax-Darmouth, 18 pp., 1983.

Liste de publications disponibles de la Division de la santé mentale, Santé et Bien-être social Canada.

M

Prévenir maintenant

Théorie et pratique

PRÉVENIR MAINTENANT
Théorie et pratique

Publication sur la santé mentale chez les enfants par la Division de la santé mentale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title "Prevention Now A Concept and Practice"

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION 1

CHAPITRE

1. Le besoin de prévention 5
2. Développement des principes de base 7
3. Définitions et types de prévention 18
4. Faire de la prévention une réalité 23
5. Où trouver l'aide financière requise 25
6. Étapes de la mise en œuvre d'un nouveau programme 27
7. Collecte de données dans le cadre des programmes de prévention 30
8. Le concept des chaînes causales en prévention 32
9. Exemples de programmes de prévention actuellement en place 34

   A. Programmes de prévention d'envergure communautaire

   B. Programmes de prévention destinés aux groupes à risque élevé

   C. Programmes de prévention destinés à des groupes particuliers

10. Conséquences et conclusions 44

Bibliographie 46

ANNEXE A - Compte rendu du Symposium canadien sur la stratégie de prévention dans le domaine de la santé mentale chez les enfants, février 1981 53

ANNEXE B - Liste des organismes accessibles:
Fédéraux
Provinciaux
Privés 59

ANNEXE C - Liste de publications disponibles 66

AVANT-PROPOS

Le présent document intitulé: "Prévenir maintenant" est le rapport du groupe d'étude national sur la stratégie de prévention dans le domaine de la santé mentale chez les enfants.

Le groupe d'étude, présidé par le docteur Quentin Rae-Grant, directeur du Department de psychiatrie du Toronto Hospital for Sick Children, a été formé par la Division de la santé mentale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le présent rapport réunit les éléments essentiels des délibérations du groupe d'étude et vise à servir de guide, de modèle d'action et de ressource, au plan des méthodes de prévention et des modes d'intervention, aux spécialistes de la santé mentale, aux législateurs et aux directeurs de programmes oeuvrant dans le domaine de la santé mentale chez les enfants.

Le rapport suggère certaines façons claires et simples de renforcer les activités préventives des réseaux de soins pédiatriques. L'idéal recherché étant "des enfants épanouis et des parents heureux et positifs face à leur rôle".

Le rapport mentionne également des ouvrages sur la santé mentale chez les enfants et donne les grandes lignes d'une analyse scientifique rigoureuse de la planification des programmes de prévention.

Le Ministère et Madame Brenda Wattie, directrice de la division de la santé mentale, sont des plus reconnaissants aux membres du groupe d'étude pour leurs efforts et leur collaboration et particulièrement au président pour son travail et son leadership.

Les documents de travail rédigés par les membres du groupe d'étude et dont s'est inspiré le présent rapport témoignent de leur vaste expérience dans les

domaines de la psychiatrie, de la psychologie, des soins infirmiers, du travail social, de l'éducation et de l'administration.

La fusion de ces documents en un rapport qui reflète les différents points de vue des membres du groupe d'étude a été réalisée grâce à l'intérêt, à l'esprit de collaboration et au sens des responsabilités manifestés par chacun. Ce travail est aussi le résultat de la mise en commun de leurs expériences dans les soins aux enfants, ce qui est certainement de bon augure pour les activités futures dans le domaine de la prévention.

On peut obtenir des exemplaires de Prévenir maintenant en écrivant à l'adresse suivante:

Division de la santé mentale
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
6e étage, immeuble Jeanne-Mance
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Des exemplaires des documents de travail peuvent être obtenus sur demande.

GROUPE D'ÉTUDE NATIONALE SUR LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES ENFANTS

Président
Dr Quentin Rae-Grant,
Département de psychiatrie
Toronto Hospital for Sick
Children,
Toronto (Ontario)

Dr P.G. Banister
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Yvon Gauthier
Départment de psychiatrie
Hôpital Ste-Justine
Montréal (Québec)

Dr Tim Hogan
Société canadienne de psychologie
Ottawa (Ontario)

Dr Laurent Houde
Hôpital Rivière-des-Prairies
Montréal (Québec)

Dr Brian McConville
Beechgrove Regional Children's
Centre
Kingston (Ontario)

Dr D.R. Offord
Chedoke-McMaster Hospital
Hamilton (Ontario)

Dr Susan Penfold
Division de la pédopsychiatrie
Vancouver General Hospital
Vancouver (Colombie-Britannique)

M^me^ Shirley Post
Institut canadien de la santé
infantile
Ottawa (Ontario)

D^r^ Naomi Rae-Grant
Child and Family Centre
Chedoke-McMaster Hospital
Hamilton (Ontario)

D^r^ David Randall
Association canadienne pour
la santé mentale
Toronto (Ontario)

D^r^ James M. Ricks
Integrated Services
Victoria (Colombie-Britannique)

D^r^ Jean-François Saucier
Département de psychiatrie
Hôpital Ste-Justine
Montréal (Québec)

M^me^ Mish Vadasz
31 - 4100 Salish Drive
Vancouver (Colombie Britannique)

D^r^ Brenda Wattie, directrice
Division de la santé mentale
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M^me^ Mary McKittrick, expert-conseil, coordonnatrice
du groupe d'études
Division de la santé mentale
Direction générale des services et
de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

INTRODUCTION

Les souffrances d'un enfant et de tous ceux qui l'entourent évoquent spontanément des sentiments de sympathie et de frustration. La première réaction est émotive et naturelle. La deuxième s'inspire du désir de soulager le mal immédiatement et du sentiment qu'il aurait dû être évité. Ces réactions sont d'autant plus vives lorsque les souffrances de l'enfant sont attribuables à une maladie mentale.

Compte tenu de l'état actuel de nos connaissances scientifiques, il est généralement impossible de prédire avec précision quel enfant sera atteint de maladie mentale.

La série d'hypothèses ci-après contribue à accentuer nos sentiments de frustration, mais elle joue aussi un rôle de catalyseur dans la recherche des causes et la poursuite des stratégies de prévention:

- Si seulement l'enfant avait été moins défavorisé sur le plan social;

- Si seulement les parents et les autres personnes intéressées s'étaient intéressés de façon plus positive aux problèmes physiques et psychologiques d'origine génétique;

- Si seulement le stress social et quotidien imposé à la famille ou aux autres responsables immédiats et aux agents de socialisation avait été moins débilitant;

- Si seulement les soins prénatals et postnatals et l'éducation de l'enfant avaient maximisé sa potentialité première;

- Si seulement les efforts dans les soins donnés par tous les intéressés avaient été mieux éclairés et plus efficaces;

- Si seulement les premières tentatives d'aide et d'intervention auprès de la famille et de l'enfant avaient été plus opportunes et plus réfléchies;

- Si seulement les répercussions négatives d'une maladie inévitable avaient été atténuées par une aide, des services et des traitements de la plus haute qualité.

La question est complexe. Le seul point sur lequel tous sont d'accord c'est qu'il n'y a pas de mode unique d'intervention vouée au succès, pas plus qu'il n'y a de solution unique applicable dans tous les cas, ni de réponse unique aux problèmes de chaque enfant.

L'évolution sociale rapide qui caractérise notre société est également un facteur important. Elle a contribué à accroître le sentiment de confusion des parents et d'autres responsables du soin des enfants qui cherchent parmi des valeurs en évolution un cadre théorique adaptable et utile dont pourraient s'inspirer leurs démarches.

En décembre 1980, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a constitué un groupe d'étude national sur la stratégie de préventions dans le domaine de la santé mentale des enfants. C'est avec une grande conviction sur les possibilités et les chances de progrès importants que les membres du groupe d'étude ont accepté le défi. Étant réalistes, ils savent aussi qu'il est invariablement plus facile de cerner rétrospectivement les causes d'un problème que de repérer à l'avance les enfants qui en seront les victimes, de même que les agents de stress et les interventions qui influeront considérablement sur l'état de santé futur des enfants.

Le groupe de travail s'était donné comme premier objectif de définir les aspects préventifs de la maladie mentale chez les enfants et d'approfondir des stratégies de prévention pratiques et prometteuses.

Après une série d'ateliers et de discussions préliminaires entre les membres du groupe d'étude, un symposium canadien a été tenu en février 1981 afin qu'un plus grand nombre de travailleurs en santé mentale à travers le Canada puissent apporter leur contribution et leurs commentaires.

Lors du symposium canadien tenu en février 1981, les participants ont affirmé avec énergie que, nonobstant les autres activités, il fallait, en priorité, s'efforcer:

1. de sensibiliser l'opinion générale au besoin de prévention à la fois primaire et secondaire;

2. d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes d'aide et de formation à l'intention des parents, des éducateurs et des travailleurs communautaires.

À la suite du symposium, le groupe d'étude a convenu de s'attaquer en priorité à l'élaboration d'un document public qui ferait ressortir le besoin urgent d'une approche préventive dans la prestation des services de santé mentale destinés aux enfants. Ce document préconiserait la mise au point de mesures préventives et servirait en même temps de source d'idées et de suggestions sur la façon de procéder.

Se fondant sur l'hypothèse que la prévention repose sur quelques vérités fondamentales, le groupe d'étude a dégagé huit principes clés qui sont, en fait, le pivot du présent rapport.

Voici les huits principes de base de la prévention:

1. La prévention est une attitude et non un programme.
2. Des parents en état de crise constituent un risque pour les enfants.
3. Le stress a des effets cumulatifs.
4. La partie n'est pas égale pour tous les enfants.
5. La prévention intéresse tout le monde.

6. Un bon départ contribue à la santé.
7. La prévention peut être simple et peu coûteuse.
8. La prévention est une méthode écologique.

Voilà, selon les membres du groupe d'étude, les aspects les plus importants de la prévention.

En conséquence, les membres du groupe d'étude ont souligné aux spécialistes de la santé mentale l'importance d'évaluer, au moyen d'une simple étude, dans quelle mesure leurs activités correspondent aux principes de base.

Les discussions du groupe d'étude et, par conséquent, le présent rapport se sont surtout limités aux enfants dont les difficultés découlent en majorité de facteurs psycho-sociaux, bien que la prévention des maladies mentales chez les enfants doive tenir compte de nombreux facteurs biogénétiques et organiques importants.

Il existe plusieurs ouvrages de référence canadiens sur la prévention dans le domaine de la santé mentale chez les enfants. Le lecteur en trouvera une liste dans la bibliographie ci-jointe.

LE BESOIN DE PRÉVENTION

Peu importe les efforts consacrés aux enfants, aux familles et aux différents systèmes de support, il se produira toujours des accidents. À cause de défauts génétiques et de traumatismes précoces, ou parce que différents établissements et agents de socialisation ne jouent pas le rôle qu'ils devraient jouer, certains enfants sont exposés aux désordres et aux troubles mentaux. Ils risquent alors de devenir des perturbés affectifs ou des délinquants ou de souffrir de graves troubles d'apprentissage. Il est souvent nécessaire d'intervenir directement auprès de ces personnes; mais il est également nécessaire de prévenir pour pouvoir intervenir dès le début et obtenir le maximum de résultat.

Aujourd'hui, avant qu'un enfant perturbé affectivement (et sa famille) ne soit examiné et qu'un traitement ne soit entrepris, il aura beaucoup souffert. Le problème qui l'affecte depuis un certain temps a été source de stress et a réduit sa qualité de vie. De plus, il a été démontré que les services de traitement actuels n'atteignaient qu'une minorité d'enfants perturbés et pas nécessairement ceux qui ont le plus besoin de traitement (Rutter et coll., 1970b; Langner et coll., 1974; Barrette et coll., 1980).

Nous n'avons pas très bien réussi à traiter les troubles diagnostiqués, et dans les deux principaux, le comportement antisocial et les troubles d'apprentissage, rien ne permet d'affirmer que nos méthodes actuelles de traitement soient efficaces (Robins, 1974; Trites et Fiedorowicz, 1976). Ce n'est pas que les cliniciens ne réussissent pas dans certains cas, mais jusqu'à maintenant, selon des évaluations rigoureuses, les résultats du traitement chez un grand nombre de ces enfants ne sont pas encourageants.

Si nous pouvions prévenir la manifestation de ces troubles, nous pourrions éviter certaines impasses associées au traitement des cas diagnostiqués - une période de souffrance et une qualité de vie diminuées

avant le traitement, l'inaccessibilité des services pour un grand nombre de personnes et la pénurie de méthodes de traitement efficaces.

DÉVELOPPEMENT DES PRINCIPES DE BASE

On doit considérer les principes déjà énoncés comme des lignes directrices qui serviront de toile de fond, tant à la discussion qu'à l'action.

À un niveau plus important encore, ces lignes directrices deviennent partie intégrante de la pratique clinique et discrètement, mais avec persuasion, elles rappellent à ceux qui œuvrent auprès des enfants la force et l'importance de la prévention en tant qu'attitude.

1. LA PRÉVENTION EST UNE ATTITUDE ET NON UN PROGRAMME

En matière de prévention, ce que l'on juge possible est souvent fonction de nos attitudes et de nos croyances. Ces attitudes peuvent être personnelles ou professionnelles, ou particulières à notre domaine de travail.

Par exemple, on affirme depuis longtemps que des travailleurs très spécialisés du domaine de la santé tiennent seulement compte de l'organisme ou de cette partie de l'organisme qui est sous traitement et non de l'enfant dans son ensemble. Un autre s'occupe du corps, du mental et des émotions alors qu'un troisième analyse l'enfant globalement dans le contexte du conflit familial, de son entourage, de son milieu scolaire, culturel ou social.

Imaginons un instant qu'ils s'agit d'un enfant maltraité et brûlé gravement. Le premier intervenant devra avant tout appliquer ses compétences spécialisées à traiter les brûlures. C'est le troisième intervenant qui envisagera le plus vraisemblablement les mesures pour empêcher que ces brûlures ne se reproduisent dans cette famille particulière, ou même dans d'autres familles à risque élevé.

La prévention est une attitude qui dénote un esprit questionneur et imaginatif, libre des contraintes et des horizons étroits qui trop souvent caractérisent l'atmosphère routinière de certains milieux de travail.

Puisque la prévention est une attitude, on peut concevoir et adopter des méthodes préventives. De nombreux intervenants dans le domaine de la santé sont favorables à la prévention, mais ils hésitent à aller de l'avant parce qu'ils manquent de confiance. Par conséquent, les spécialistes de la santé mentale qui désirent promouvoir la prévention des maladies mentales ont un rôle important à jouer pour assurer la formation du personnel de première ligne.

Un cours portant sur la promotion de la santé mentale donné par le Département du médecine de l'Université de Montréal met de l'emphase surtout sur le rôle que le personnel de première ligne peut jouer dans ses fonctions quotidiennes avec les enfants et les familles. L'objectif visé porte sur le développement affectif normal des enfants et sur les réactions émotives suscitées par le rôle de parents, une grossesse, la perte d'un enfant, un séjour à l'hôpital, une invalidité et autres facteurs de stress.

Cette façon pratique et sensée d'aborder les problèmes quotidiens auxquels se heurtent les spécialistes dans l'exercice de leur profession est une formule dynamique d'intervention précoce et de prévention à la fois rentable et efficace. On devrait évaluer le caractère opportun de cette formation et l'utilité de confier l'enseignement à une équipe composée de psychiatres, de pédiatres, d'infirmières, d'épidémiologistes, de psychologues et d'autres professionnels dans le domaine des sciences sociales. Tous les spécialistes bénéficieraient d'un tel programme de formation.

2. DES PARENTS EN ÉTAT DE CRISE CONSTITUENT UN RISQUE POUR LES ENFANTS

L'ampleur et le degré des changements qui affectent présentement la vie familiale, notamment: la composition de la famille, l'emploi, le logement, la migration et l'évolution technologique, ajoutés à l'évolution normale du développement et des étapes de la vie des parents et des enfants peuvent souvent provoquer des crises ou un déséquilibre dans la vie de la personne ou de la famille.

Romeder (1982) décrit certaines stratégies visant à aider des adultes en état de crise, de transition ou de déplétion. De nombreux organismes offrent aux personnes séparées, divorcées ou veuves, des colloques, des discussions de groupe et des services d'aide spontanés. Les tribunaux de la famille et la Cour suprême du Canada ont adopté le concept du conseil et de la conciliation à la suite d'une séparation ou d'un divorce pour favoriser au maximum la collaboration des parents et les amener à prendre des décisions qui causeront le moins de dommages possibles aux enfants en cause. Les personnes qui sont aux prises avec ce genre de difficultés s'entraident, s'encouragent et échangent des conseils.

Cependant, on connaît peu d'exemples de services de transition destinés aux enfants. Des professeurs, des conseillers, des travailleurs sociaux et des pédagoques s'efforcent de répondre à ce besoin, de façon officielle ou non. Le système de compagnonnage à l'intention des enfants immigrants et des étudiants exposés pour la première fois au monde troublant de l'école secondaire a été utilisé avec succès. Le Vancouver Family Service Agency offre un programme intitulé Kids From Divorced Homes à l'intention de petits groupes d'enfants de la maternelle à la 10^{e} année.

Pour assurer la survie économique des familles dont les deux parents travaillent, il faut prévoir des services d'aide à la famille, notamment des services de garderie et de garde après l'école. À cause de l'importance de plus en plus grande accordée au maintien dans leur foyer des enfants handicapés chroniques, il faudra aussi prévoir des services de substituts pour soulager la famille durant les situations de crise temporaire et pour lui permettre de s'offrir des vacances.

3. LE STRESS A DES EFFETS CUMULATIFS

Comme l'a signalé McConville (1982), un aspect important du concept de la prévention secondaire a trait aux effets cumulatifs du stress. Holmes et Rahe (1961) et plus récemment, Rutter (1966) se sont penchés sur la progression géométrique des facteurs de stress où, comme le fait remarquer Rae-Grant (1979), "un plus un font sept". Rutter a démontré que chaque facteur de stress dans la vie d'un enfant accentue ou amplifie les effets de chacun des autres facteurs, de sorte qu'un enfant exposé à des stress multiples, par exemple: les logements surpeuplés, la délinquance du paternel, une faible scolarité ou les mauvais traitements, reste un enfant à risque très élevé.

Donc, s'il est possible d'éliminer un ou deux agents de stress, les gains pour l'enfant auront une portée beaucoup plus considérable qu'on ne l'aurait supposé.

Comme le signale McConville cette constatation incite à l'optimisme en ce qu'elle donne à entendre que les effets de l'intervention ne doivent pas nécessairement être un succès total à tous les points de vue. Les constatations principalement dégagées par Rutter constituent une source importante de connaissances nouvelles qui confirment la nécessité d'appliquer

des mesures préventives efficaces, où et quand cela est possible, dans une grande variété de situations scolaires, sociales et familiales.

Les mesures préventives simples peuvent réussir aussi bien que les mesures plus complexes. Par exemple, les services locaux de santé pourraient offrir aux mamans et aux enfants des programmes plus créateurs et plus complets. Ces services sont déjà en place et les infirmières communautaires sont bien acceptées au Canada. On pourrait accorder une plus grande priorité aux infirmières qui visitent les mamans, les nouveau-nés et les jeunes enfants à domicile. L'infirmière communautaire a des contacts avec les enfants dans le cadre du réseau scolaire et du milieu familial; par conséquent, elle est en mesure de déterminer si une intervention précoce auprès de la famille pourrait prévenir un problème grave. Ainsi, on contribuerait à résoudre certains problèmes de l'enfance avant que ceux-ci ne s'aggravent et ne nécessitent un traitement ou une hospitalisation de longue durée.

4. LA PARTIE N'EST PAS ÉGALE POUR TOUS LES ENFANTS

Chaque enfant a le droit d'être bien logé, bien nourri et de vivre dans un environnement sûr, mais ce droit ne peut être garanti. En outre, les enfants ne partent pas tous sur le chemin de la vie avec le même bagage intellectuel, culturel, familial ou social.

Il existe néanmoins certaines façons d'atténuer ces différences, notamment, par la prévention secondaire (page 21).

Par exemple, les données dont nous disposons présentement sur des programmes de formation efficace, données tirées d'observations de mères

normales dans leur milieu familial (White 1977), d'interventions fructueuses auprès de mères déficientes (Heber 1978) et de situations stimulantes dans des garderies (Kagan, Kearsley et Zelazo 1978), sont suffisantes pour nous permettre de réduire les effets de carences socio-culturelles en associant les interventions prospectives auprès des parents aux premières interventions de choix faites auprès de mères qui présentent un risque élevé.

Les autochtones, les femmes, les familles et les personnes à faible revenu, les handicapés et les enfants font partie des groupes à risque élevé. Le principe de base de l'autodétermination d'où découle celui de la responsabilité personnelle à l'égard de la santé doit s'appliquer à ces groupes et à d'autres groupes "défavorisés".

À titre d'exemple additionnel, signalons, qu'une maladie chronique ou une invaladité chez un enfant a de graves répercussions, tant sur lui que sur sa famille. Sa capacité fonctionnelle peut être diminuée, son développement retardé et son apparence modifiée. Une telle situation déclenchera vraisemblablement, chez les parents et chez l'enfant, des sentiments d'infériorité, d'incompétence, de honte et de culpabilité qui à leur tour, risquent d'empêcher les parents de répondre, de façon réaliste, à certains besoins d'un développement normal créés par l'invalidité de l'enfant. Les effets nocifs à long terme d'un tel handicap peuvent être évités si la famille et les cliniciens reconnaissent que l'adaptation à ce genre de problème est une démarche souvent longue, marquée de progrès et d'échecs et qui nécessite une aide continue et spécialisée.

5. LA PRÉVENTION INTÉRESSE TOUT LE MONDE

Tous peuvent tirer profit non seulement d'une compréhension profonde du principe de la prévention, mais aussi de la notion de la prévention sur le plan pratique. L'exemple suivant illustre bien cette constatation.

On peut parfois, avec une faible quantité de ressources, obtenir des services très efficaces de la part de bénévoles qu'il suffit souvent d'encourager à collaborer. Au Centre local des Services communautaires Richelieu, l'infirmière responsable des programmes prénatals a mis sur pied un groupe de bénévoles qui se sont rapidement intéressées à rendre nombre de services profitables (Puvilland-Leduc, 1981). Partant du principe qu'une nouvelle maman, surtout s'il s'agit de sa première maternité, a souvent l'impression qu'elle est incompétente et isolée, et qu'elle a besoin d'aide, on a recruté un groupe de jeunes mamans. Ces femmes avaient toutes expérimenté une maternité récente. Elles avaient été formées aux techniques d'écoute grâce à un cours sur la relation d'aide donné par la commission scolaire locale.

Dès son retour à la maison avec son bébé, la nouvelle maman était mise en contact avec une de ces bénévoles. Les contacts avaient surtout lieu par téléphone, mais si elle le jugeait opportun, la bénévole pouvait effectuer des visites à domicile et même s'occuper temporairement du nouveau bébé. Grâce à ce service, le nombre d'appels au Centre local des Services communautaires (CLSC) de la part des nouvelles mamans a considérablement baissé. Plusieurs ex-clientes sont elles-mêmes devenues bénévoles et le groupe initial a donc pu s'intéresser à d'autres programmes du CLSC et s'attaquer à des problèmes plus aigus. Ce programme a été mis sur pied par quelqu'un qui n'avait pas

fait de recherche documentaire poussée, mais qui était capable de stimuler, chez les membres de la collectivité, le désir de prendre en main leurs propres besoins.

6. UN BON DÉPART CONTRIBUE À LA SANTÉ

Chaque enfant a le droit de naître en santé et de vivre en sécurité, ainsi que le droit de naître dans un milieu qui assurera son éducation et son équilibre émotif. En principe, la définition des besoins de l'enfant sur le plan de son développement servira de cadre aux soins nécessaires que peuvent faciliter les conseils par anticipation et l'utilisation de modèles. Les efforts visant à faciliter et à encourager le lien parent-enfant (Klaus et Kennel 1976 et Minde et Shosenberg 1978) servent à susciter et à renforcer le sentiment d'efficacité parentale.

De tels conseils par anticipation, offerts de préférence par la famille ou les amis, peuvent atténuer le stress que provoque un comportement inattendu, inquiétant ou agressif.

L'immunisation appropriée, l'éducation en matière d'alimentation durant la grossesse, les soins intensifs prénatals et périnatals dans les cas de grossesse à risque élevé et la vérification régulière du développement de l'enfant durant ses premières années peuvent contribuer à réduire considérablement la sensibilité aux stress liés à la génétique, à la reproduction ou à l'organisme (Anthony 1974).

Il a été démontré que les résultats d'une grossesse sont fonction de facteurs psychologiques qui prévalent au moment de la naissance et des premiers jours de la vie. Certaines situations (adolescence, abus des drogues, troubles émotifs et déficience mentale de la mère) nuisent également aux premières interactions parent-

enfant et accentuent considérablement tous les problèmes d'efficacité parentale. De plus, il existe de nombreuses autres situations (comme le transfert d'un enfant prématuré ou malade dans un service de soins tertiaires) qui peuvent compromettre les premiers rapports parent-enfant et diminuer l'efficacité future du parent.

Chaque femme qui effectue sa première visite prénatale chez son obstétricien ou son médecin de famille devrait, en plus de l'examen médical habituel, avoir au moins une entrevue pour le renseigner sur sa condition sociale. Ainsi le médecin sera en mesure de repérer les femmes qui ne peuvent compter sur une aide suffisante de la part de la famille, qui ont déjà eu des problèmes avec leurs autres enfants, ou souffert de perturbations ou de difficultés familiales et de négligence ou de violence de la part de leurs propres parents.

7. LA PRÉVENTION PEUT ÊTRE SIMPLE ET PEU COÛTEUSE

La mise en pratique du concept de la prévention peut se limiter à observer les pratiques qui ont cours, à réfléchir sur la prévention et à adapter ou réorganiser ces pratiques, s'il y a lieu.

L'exemple suivant est frappant.

Au cours d'un colloque réunissant des infirmières communautaires, la discussion a porté sur l'organisation du travail dans les services d'immunisation des enfants, où les tâches sont attribuées surtout en fonction de l'efficacité du service. Une infirmière établit le dossier et y note les renseignements nécessaires pendant qu'une autre administre le vaccin. Les infirmières, désireuses de se renseigner davantage sur les réactions psycho-affectives de leurs clientes, ont constaté que cette façon de pro-

céder ne leur permettait pas de communiquer avec les mères ou de parler avec elles de problèmes éventuels. Après en avoir discuté, elles ont conclu qu'une intervention sur le plan psycho-affectif nécessitait du temps. Le travail a donc été réorganisé de façon à ce qu'une seule infirmière établisse le dossier et administre le vaccin.

Bien que le temps consacré à chaque mère et à son enfant soit demeuré relativement court, cette modification a permis des contacts plus fructueux entre l'infirmière, la mère et l'enfant.

La mère avait donc ainsi la possibilité d'exprimer ses inquiétudes ou de parler des problèmes qu'elle éprouvait avec son enfant.

De plus, le dossier médical a été modifé de façon que l'infirmière puisse y noter les problèmes psycho-affectifs soulevés et en assurer le suivi. À sa visite subséquent, la mère rencontrait de nouveau la même infirmière.

8. LA PRÉVENTION EST UNE MÉTHODE ÉCOLOGIQUE

La prévention est essentielle au développement continu, à la croissance et au bien-être physique. Elle met souvent d'autres personnes à contribution pour donner les soins et accorder l'aide nécessaires.

La méthode appliquée dans les hôpitaux pédiatriques, où l'on encourage la participation des familles et la visite "libre" des parents des bébés et des jeunes enfants hospitalisés, en est un exemple. Les enfants sont plus heureux et les parents sont moins exigeants et plus utiles. Il a également été démontré que le taux d'infection n'est pas plus élevé lorsque les parents sont encouragés à rester dans l'établissement après avoir reçu les instructions nécessaires.

Certains hôpitaux, notamment le Children's Hospital à Vancouver, le Izaak Walton Killam Hospital à Halifax, ont mis sur pied des services distincts où certains soins sont assurés par les parents. D'autres, comme l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario à Ottawa, permettent les visites "libres" et mettent des fauteuils inclinables à la disposition des parents qui désirent passer la nuit auprès de leur enfant. Les dix hôpitaux pédiatriques du Canada offrent tous maintenant des activités de jeu, la possibilité pour les enfants de suivre des cours et des programmes de préparation, parce qu'ils sont conscients de leurs responsabilités face aux besoins affectifs de l'enfant et à ses exigences tant sur le plan du développement que sur le plan médical pendant son séjour à l'hôpital. Il existe de nombreux exemples de centres de services familiaux et de soins périnatals, dont le McMaster University Medical Centre.

DÉFINITIONS ET TYPES DE PRÉVENTION

Une autre méthode à laquelle on recourt communément pour définir les différents types d'intervention en matière de prévention s'inspire des concepts de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire a pour objet de réduire l'incidence de troubles, des handicaps et de mauvais fonctionnements dans une population. Elle vise à:

- réduire le stress dans le milieu;
- renforcer la résistance de l'individu et du groupe au stress;
- développer un potentiel optimal;
- promouvoir la capacité, entendue au sens large, c'est-à-dire l'aptitude de l'individu à faire face au stress;
- améliorer la qualité de la vie de certaines populations cibles;
- améliorer l'état de santé général des enfants.

Comme Bloom (1968) l'a souligné, la prévention présente deux aspects distincts:

a) les efforts visant à modifier le milieu générateur de stress, et,

b) les efforts visant à renforcer l'aptitude de l'individu à faire face au stress.

On a aussi classé les programmes en fonction de groupes cibles seulement, (Bloom 1968), ou selon un modèle prenant en ligne de compte les groupes cibles et les valeurs socio-politiques, (De Wild 1981).

En d'autres termes, la prévention primaire a pour objet de prévenir certains facteurs débilitants et de favoriser des facteurs positifs qui peuvent permettre à l'individu de développer sa capacité et sa confiance en lui-même afin d'être en mesure de réagir de façon efficace et opportune à un milieu parfois stressant.

Bloom (1968) a distingué trois types de programmes de prévention primaire destinés à la communauté globale, à un groupe particulier ou à des éléments à risques élevés. Dans le cas d'un programme communautaire destiné aux enfants, le groupe cible englobe tous les enfants d'une région déterminée. Les enfants visés par l'intervention ne sont pas sélectionnés individuellement. Ainsi, des efforts de prévention primaire destinés aux enfants pauvres peuvent être déployés à l'échelle communautaire. Offord et coll. (1979) ont exposé les arguments suivants en faveur de ce type d'intervention:

(i) Tous les enfants pauvres, susceptibles de présenter en particulier des difficultés d'apprentissage ou des problèmes d'ordre émotif, peuvent bénéficier d'une meilleure qualité de vie. Un programme d'intervention, destiné aux enfants pauvres à risques multiples seulement, ne tient pas compte du fait que la pauvreté est en elle-même un facteur suffisant pour justifier une intervention.

(ii) Une intervention au niveau de la communauté élimine le danger qu'un groupe particulier d'enfants soit étiqueté ou marqué par sa participation à un programme (Gold, 1972; Robins, 1974; Farrington, 1977).

(iii) Comme l'intervention communautaire requiert de l'enquêteur qu'il participe à la prestation des services communautaires ou à la modernisation des services existants, ce dernier ou cette dernière est mieux placé(e) pour obtenir les informations de base et les donnés épidémiologiques requises de toutes les familles de la population avant de commencer à intervenir. Les enfants et les parents sont alors plus susceptibles d'offrir leur collaboration, parce qu'ils sont mieux en mesure de se rendre compte que les données recueillies peuvent être utilisées dans leur propre intérêt tant par l'enquêteur que par eux-mêmes.

(iv) Une intervention communautaire facilite la mise en oeuvre des programmes préalables ou connexes requis. Ainsi, un programme de santé mentale pour les enfants ne peut être mis en oeuvre que si un certain nombre de conditions sont remplies. Il faut notamment que les parents et les enfants acceptent de collaborer, qu'un service de transport satisfaisant facilite les déplacements entre la clinique et le lieu de résidence, que des services de garde adéquats soient offerts lorsque seulement certains membres de la famille doivent se présenter à un rendez-vous et qu'un service de restauration satisfaisant soit offert. Bon nombre de ces conditions préalables sont plus faciles à réunir lorsque l'intervention se fait à l'échelle communautaire, étant donné que ce sont de problèmes communautaires qu'il s'agit.

Dans le cas du deuxième type de programmes décrits par Bloom (1968), soit les programmes destinés à une population cible, les résidents d'une collectivité deviennent, au moment où ils atteignent une certaine étape du cycle de vie, la population cible de l'intervention. On peut citer en guise d'exemple les programmes destinés aux femmes qui sont enceintes pour la première fois (Broussard et Hartner, 1971), de même que les programmes destinés aux enfants d'âge préscolaire et visant à dépister les enfants qui, selon toute vraisemblance, risquent plus que les autres de connaître des problèmes émotifs ou des problèmes d'apprentissage ultérieurs, afin d'intervenir de façon efficace auprès d'eux (Satz et coll., 1978; Schenck et coll., 1979).

Le troisième type de programmes de prévention primaire signalé par Bloom (1968) est celui de programmes destinés aux groupes à haut risque. Ces programmes de prévention visent comme groupe cible des personnes ou des groupes déterminés de personnes pour qui le risque de connaître certains problèmes est particulièrement élevé comme on a pu l'établir.

Ainsi, on peut, en se fondant sur les caractéristiques des parents ou des enfants eux-mêmes, déterminer si des enfants sont exposés à présenter, à un haut degré ou non, des troubles psycho-sociaux. Dans le premier exemple, les enfants de parents souffrant d'une maladie mentale (Rutter, 1966) et, dans le seond exemple, les enfants atteints d'une lésion au cerveau (Rutter et coll., 1970) constitueraient des groupes à haut risque.

La prévention secondaire a pour objet de réduire la prévalence (nombre de cas existants) d'un trouble ou d'un dérèglement. Grâce au dépistage précoce et au traitement, on tente d'empêcher le plus possible la progression du trouble et d'en diminuer la durée.

Selon Cowen (1973), la prévention secondaire recouvre deux dimensions différentes. L'expression peut, en effet, s'appliquer à un dérèglement naissant avec une intervention pour prévenir un développement anormal, comme cela se fait dans le cadre de programmes axés sur la formation des parents. Elle peut aussi, dans une perspective souvent adoptée par les centres de santé mentale pour enfants, s'appliquer aux efforts entrepris en vue de la détection précoce de maladies déjà acquises et d'un intervention plus efficace.

Programmes de prévention secondaire: Lors de programmes d'intervention précoce, des essais de thérapie directe auprès des enfants ont suscité de l'intérêt dans l'évolution des problèmes en état normal ou de crise. Bower (1961) a fait ressortir l'importance des phénomènes courants qui constituent des risques sur le plan émotif tels une grossesse, une maladie infantile, la naissance d'un frère ou d'une soeur, ou la perte du père ou de la mère par suite d'un décès, d'un divorce ou d'une séparation. Dans ce dernier cas, les travaux de Wallerstein et Kelly (1979) mettent clairement en évidence les effets néfastes à long terme du divorce et de la séparation sur les enfants.

La prévention tertiaire ou la réadaptation vise principalement à réduire les séquelles résultant de troubles ou de mauvais fonctionnement acquis.

À titre d'exemples de programmes de prévention tertiaire, on peut citer les programmes de thérapie qui visent à favoriser une réadaptation optimale des enfants qui souffrent notamment d'autisme, de paralysie cérébrale, de troubles d'apprentissage acquis, de troubles émotifs ou de comportement de longue durée.

Des progrès remarquables ont été notamment accomplis pour prévenir les séquelles de problèmes de développement neurologique ou d'offrir aux enfants souffrant d'arriération mentale des programmes de normalisation, ou, d'éviter un placement indu en établissement des nourrissons et des enfants qui nécessitent des soins hospitaliers.

Un travail considérable et fondamental reste à faire en ce qui a trait spécialement à l'évaluation de l'efficacité relative des différents modèles de traitement; mais il reste quand même que le progrès accompli dans ce domaine est formidable.

Bien que jusqu'ici l'accent ait été mis sur la prévention primaire et secondaire, on ne doit pas sous-estimer l'importance des programmes qui visent à réduire les effets à long terme des troubles (prévention tertiaire) en combinant dépistage précoce et intervention.

FAIRE DE LA PRÉVENTION UNE RÉALITÉ

La plupart des établissements cliniques et bon nombre de praticiens ou de groupes d'intérêt particuliers veulent mettre l'accent sur l'évaluation des résultats de leurs interventions. Ce souhait les amène habituellement à essayer de déterminer si l'intervention auprès du patient ou du client a été suffisamment précoce et si le trouble particulier dont ces derniers souffrent aurait pu être prévenu. La section précédente décrivait bon nombre de concepts de base en matière de prévention. La présente section traite de la façon avec laquelle les parents, les cliniciens et les autres personnes que la question de la prévention intéresse, peuvent passer de la nécessité de l'intervention précoce pour promouvoir la santé à l'étude des moyens à mettre en oeuvre pour ce faire.

Les programmes de prévention peuvent sembler difficiles à mettre en oeuvre. On peut aussi avoir l'impression que seuls des organismes de recherche hautement spécialisés peuvent s'attaquer à pareille tâche. En fait, les interventions visant à revaloriser ou améliorer la compétence dans le domaine de la prévention primaire et secondaire devraient s'inscrire dans le prolongement naturel des activités et des intérêts cliniques ordinaires.

La meilleure façon de surmonter ces préoccupations sur les activités de prévention consiste à repérer un groupe particulier pour lequel une intervention précoce se traduirait par des changements notoires. Beaucoup d'établissements ou de groupes cliniques peuvent facilement sélectionner un groupe cible particulier pour une enquête ou une étude. Il pourra s'agir, par exemple, de groupes de parents de nouveau-nés, de parents d'enfants montrant précocement des réactions d'opposition, ou de parents d'enfants requérant des soins spéciaux à la pouponnière. Parmi les autres groupes d'intérêt possible, on peut citer les jeunes dans la préadolescence, les jeunes qui abandonnent leurs études au niveau secondaire ou ceux qui souffrent d'obésité

ou qui éprouvent des difficultés de développement. Tous ces groupes donnés en exemple ont effectivement fait l'objet de programmes récemment mis en oeuvre dans des établissements cliniques et dans tous les cas, le vouloir venait du personnel de l'établissement, qui désirait faire quelque chose pour un groupe particulier. Tous ces programmes ont été planifés et évalués. Le plus grand avantage qui en a résulté, cependant, tient à la rétroaction très positive que le personnel a reçue, de même qu'à l'enthousiasme et à l'intérêt dont les membres du personnel ont eux-mêmes vécus. Il peut être en effet très enrichissant pour les membres d'une équipe clinique de travailler de cette façon-là.

OÙ TROUVER L'AIDE FINANCIÈRE REQUISE

Il existe des services qui peuvent aider les personnes intéressées à formuler leurs idées et à rédiger des propositions de financement. Beaucoup de gouvernements provinciaux ont des ministères compétents dans ce domaine. En Ontario, par exemple, la Division des services à l'enfance du ministère des Services sociaux et communautaires compte une section qui s'intéresse aux programmes de préventions et qui sollicite des idées et des propositions; en Ontario toujours, le ministère des Transports et Communications compte une section qui s'intéresse à la prévention des accidents, et le ministère de la Santé a mis sur pied des comités chargés d'examiner des modèles de subventions accordés à des projets-pilotes.

Parmi les organismes fédéraux de financement, on peut citer le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui, par le truchement de la Direction générale des services et de la promotion de la santé, étudie les propositions pouvant mener au financement de projets innovateurs. Les divers paliers de gouvernement sont donc tous disposés à favoriser l'émergence de nouvelles idées, en ce qui a trait tout particulièrement au relèvement et à la revalorisation de la compétence.

Un certain nombre de fondations privées ou semi-privées s'intéressent aussi à ce genre d'idées. On peut mentionner ici, en guise d'exemples The Laidlaw Foundation, la Research Foundation du Hospital for Sick Children ou la Mental Health Foundation de l'Ontario.

Beaucoup de municipalités ou de régions possèdent maintenant des comités de services à l'enfance, des conseils régionaux de la santé ou des organismes équivalents. Ces organismes accordent beaucoup d'importance aux services qui mettent l'accent sur les interventions précoces et la promotion de la santé. Pourquoi donc ne pas mettre à contribution la somme

de compétences et d'expérience que possèdent ces organismes qui peuvent notamment coordonner l'activité de différents établissements ou groupes d'intérêt? Comme on peut le constater, il existe un large éventail d'organismes disposés à encourager les initiatives en matière de prévention et d'intervention précoce.

ÉTAPES DE LA MISE EN OEUVRE D'UN NOUVEAU PROGRAMME

Définition

Définir le problème - identifier les forces à développer et les éléments de stress à contrer.

Procéder à un examen fouillé de textes portant sur des problèmes du genre et sur les mesures prises pour les régler dans le cadre de programmes.

Obtenir des organismes intéressés qu'ils s'engagent à participer au programme. Former une équipe.

Sélection du groupe cible

Définir la population qui fera l'objet du programme et identifier les moyens d'interventions à utiliser auprès du groupe choisi.

Description du programme

Déterminer clairement quelle intervention sera tentée ou quelle modification sera apportée chez le personnel, les bénéficiaires ou dans les directives données pour produire l'effet désiré. Préciser sur quels indices on se fondera pour établir qu'une intervention a lieu et/ou qu'un résultat est obtenu.

Choisir des méthodes précises et veiller, par des vérifications régulières, à ce qu'elles soient appliquées.

Énoncer une hypothèse sur les facteurs de risque ou de protection qui sont mesurés et modifiés, de même que sur les rapports prévus entre ces derniers et le résultat escompté.

Déterminer quels changements sont attendus, quels changements sont en voie de réalisation et quels résultats sont prévus. Mettre tout par écrit.

Faire l'intervention ou donner le service

Commencer l'intervention. Recueillir les données nécessaires pour le déroulement du programme et en déterminer les effets.

Suivre le plan établi.

Mettre au point des plans adaptés aux besoins de chaque personne ou de chaque sous-groupe visé, tout en respectant les indications du plan établi.

Évaluation

Au moment convenu, traiter les informations colligées, y compris les données concernant la valeur attribuée dans le système à toutes les catégories d'intervenants - sources de financement, organismes parrains, personnel, bénéficiaires, parents des bénéficiaires, etc. -. On doit donner beaucoup d'attention au contrôle. Interroger périodiquement toutes les parties intéressées pour vérifier si les objectfs poursuivis sont pertinents, etc.

Décider en pleine connaissance de cause de tout changement requis, après avoir analysé minutieusement le système ou le programme en voie de réalisation. Comparer la situation générée par le programme avec une situation de statu quo, en les considérant indépendamment l'une de l'autre.

Diffuser les nouvelles

Tirer des conclusions de l'expérience obtenue et du résultats des évaluations. Rédiger un rapport.

Mettre des conseillers à la disposition de ceux qui aimeraient mettre en oeuvre un programme donnant des résultats encourageants.

Retirer du programme l'équipe originale pour lui confier de nouvelles tâches laissant les éléments propres à maintenir le système en marche. Laisser l'équipe déceler de nouveaux problèmes auxquels elle pourrait s'attaquer.

COLLECTE DE DONNÉES DANS LE CADRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

L'une des caractéristiques intéressantes que présente la collecte de données, particulièrement dans le cadre de programmes de prévention primaire, concerne l'utilisation de données d'ordre général. On peut souvent recueillir des informations pertinentes sans violer les droits de l'adulte ou de l'enfant sur les plans juridique ou moral et sans les importuner de quelque façon que ce soit (Jones et coll., 1979). En prévention primaire ces données présentent deux avantages importants dans les recherches effectuées. D'abord, dans le cas d'une approche communautaire, ces données peuvent être recueillies auprès d'une population de contrôle sans que les membres de cette population ne soient consultés directement. Il s'agit là d'un facteur important, car les gens seront peu enclins à fournir des données de recherche s'ils ne prévoient pas tirer d'avantages directs de l'intervention ou du programme de recherche (Offord et coll., 1979a). Par ailleurs, les coûts afférents à l'obtention de ces données demeurent relativement peu élevés étant donné que la plupart d'entre elles sont des données publiques faciles à obtenir. Bien sûr, on doit bien prendre garde de présumer que les changements dans les données sont attribuables à l'efficacité d'un programme de prévention primaire (Pettingill, 1981).

Il existe à Ottawa un programme de développement d'attitudes personnelles qui constitue un bon exemple d'utilisation de ce type d'informations (Offord et coll, 1979b). Dans le cadre de ce programme, des données générales tirées des dossiers de la police, des services d'incendie, des instances s'occupant du vandalisme, des écoles et des organismes d'aide à l'enfance ont été recueillies sur deux importants complexes d'habitation financés à même les fonds publics à Ottawa. Se fondant sur ces données, les enquêteurs ont pu déterminer dans lequel de ces deux complexes les enfants semblaient les plus mal partagés. Les enfants les plus désavantagés sont

devenus le groupe expérimental et c'est dans leur complexe d'habitation que le programme de développement d'attitudes personnelles a été mis en oeuvre, tandis que les autres enfants devenaient le groupe témoin. Donc en dépit d'une situation désavantageuse au départ pour les enfants du groupe expérimental ou tiendra compte au cours de la période de 3 ans de mise en oeuvre du programme, de tous les gains de ces derniers par rapport au groupe de contrôle. Les données générales colligées au début du programme continueront d'être recueillies dans les deux complexes d'habitation pendant toute la durée de l'étude et fourniront une indication importante sur l'efficacité de l'intervention (Jones et Offord, 1980; 1981). Cette façon de procéder permettra de réaliser un programme communautaire sans procéder à une répartition aléatoire d'une collectivité en groupes expérimentaux et en groupes témoins, un procédé à la fois difficile d'application et beaucoup trop onéreux (Jones et coll., 1979).

LE CONCEPT DES CHAÎNES CAUSALES EN PRÉVENTION

Tout programme de prévention doit avoir un fondement théorique. Souvent, ce fondement théorique empruntera la forme "d'une chaîne causale" provoquant la situation ou le malaise identifié comme objet de prévention. L'épidémiologie, en psychiatrie, a notamment pour objet de fournir des données valables à partir desquelles on peut expliquer les chaînes causales (Robins, 1978). Considérons, à titre d'exemples la chaîne de causes suivantes:

Chaîne de causes

- Troubles d'apprentissage
- Échec scolaire
- Faible estime de soi
- Comportement antisocial

Cette "chaîne de causes" peut se révéler valable. En fait, elle se trouve confirmée par certaines données (Rutter et coll., 1970b; Frease, 1972; Gold et Mann, 1972), et contredite par d'autres (Sturge, 1972; Offord et coll., 1978; Offord et Poushinskly, 1981), ce qui donne à entendre que le processus interactif est très complexe.

À l'examen de cet enchaînement, il appert que les interventions visant à prévenir les comportements antisociaux pourraient avoir pour principal objet de briser cette chaîne à un point ou à un autre. On pourrait notamment essayer de prévenir les troubles d'apprentissage et les échecs scolaires en résultant ou encore d'éliminer la perte de l'estime de soi qui en découle. Selon Robins, la mise en oeuvre de ce genre de programme témoin s'appelle l'épidémiologie expérimentale (Robins, 1978). Bien sûr, on doit espérer que les éléments constituants de cet enchaînement sont à à la source de plus d'un problème que connaissent les enfants, de sorte que

l'interruption de la chaîne puisse entraîner un large éventail d'effets bénéfiques en réduisant l'incidence de plusieurs situations malheureuses que connaissent les enfants (Robins, 1979).

EXEMPLES DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION ACTUELLEMENT EN PLACE

A. PROGRAMMES DE PRÉVENTION D'ENVERGURE COMMUNAUTAIRE

Parents-Secours

Programme visant à accroître la protection et la sécurité des enfants (existe dans bon nombre de collectivités au Canada).

L'il Beaver Clubs

Programme visant à offrir des services sociaux, de même que des services d'orientation et de développement personnel et culturel aux jeunes garçons.

Thistletown Regional Centre Community Service

Il s'agit d'un service offert dans différents secteurs de la ville de Toronto et dans le cadre duquel des services de prévention sont disponibles: Garde de jour pour enfants d'âge préscolaire; Consultations auprès des écoles, centres de garde de jour, d'infirmières hygiénistes et d'organismes aidant les personnes à se prendre en charge; Projets de développement communautaire.

B.C. Council for the Family, Victoria (Columbie-Britannique)

Ce conseil offre aux représentants des collectivités de la province, du gouvernement et d'organismes bénévoles une tribune où ils peuvent discuter des besoins de la famille en vue de mettre sur pied des programmes, des systèmes et des réseaux de soutien de même que des programmes d'éducation publique en vue de promouvoir le bien-être de la famille.

Children's Play Resource Centre, Vancouver (Colombie-Britannique)

Il s'agit d'un centre de ressources à but non lucratif destiné aux parents et aux professionnels qui s'intéressent au rôle du jeu dans le développement des enfants, et tout particulièrement des enfants qui présentent des besoins spéciaux, que ces enfants vivent en établissement ou chez leurs parents.

ESP - Nouvelle-Écosse

ESP (Extra Support for Parents) est un programme communautaire qui offre un soutien aux parents qui sont isolés, qui manquent d'expérience et dont les moyens financiers sont limités. On s'occupe surtout de femmes à leur première maternité qui peuvent, au cours d'entrevues, exprimer leur inquiétudes; on leur donne des informations sur les soins du nourrisson et sur le développement de l'enfant; on leur fournit un service de transport pour qu'elles puissent se rendre à leurs rendez-vous chez le médecin, on les aide à faire leurs achats d'épicerie, on leur fournit un service de gardienne pour qu'elles bénéficient de temps libre, et on les aide à remplir les formules de demande d'allocations familiales, de prestations d'assistance sociale, de services de garde de jour et d'aide juridique.

Summer Teen Club Programs (à Saskatoon)

Ces programmes, financés à même les fonds du programme Parcs et Récréation, visent à offrir aux enfants un service de récréation de jour dans les écoles secondaires de la ville, pendant les mois d'été.

Well Baby Clinics

Il s'agit de programmes de dépistage, dans le cadre desquels certains services d'orientation sont offerts aux parents qui en ont besoin.

Ces programmes sont mis en oeuvre par les départements de santé publique partout au Canada.

Bow Valley Women's Resources Centre

Ce centre prête main forte à l'organisation des activitiés d'un groupe de femmes à Canmore (Alberta). Il aide à trouver un local approprié, donne des conseils concernant l'orientation future du groupe, participe à la mise au point des règlements et de la constitution de même qu'à l'organisation d'ateliers d'information visant à éduquer les résidents, à relever leur niveau de bien-être personnel et à développer chez eux l'esprit communautaire et le goût de l'effort.

Canmore Alcoholism and Drug Awareness Committee (CADAC)

Ce comité participe aux efforts visant à déterminer l'étendue de l'alcoolisme et de l'abus des drogues dans la collectivité, de même que les rapports entre ce type de problèmes et d'autres problèmes; il fournit des informations sur les attitudes des résidents de la collectivité vis-à-vis de l'alcool et des drogues, de même que sur le traitement des personnes qui en font usage; enfin, il recrute des bénévoles qui sont prêts à travailler sur le problème de l'abus de l'alcool et de la toxicomanie.

A Suicide Information and Education Centre (à Calgary)

Il s'agit d'un centre d'information et de transition pour les suicidaires. Ce centre veille à sensibiliser les gens aux idées de suicide que peuvent entretenir certaines personnes de leur entourage; fait la recension d'articles sur la question et publie un bulletin d'information.

The Alberta Children's Hospital Volunteer Program

Dans le cadre de ce programme, une équipe d'éducation communautaire présente à différents groupes de la communauté des exposés sur les questions relatives aux mauvais traitements infligés aux enfants.

Ces exemples montrent comment différents organismes communautaires qui s'intéressent à des problèmes plus ou moins complexes peuvent ensemble planifier et mettre sur pied des programmes. Parfois, l'aide d'une université et d'un centre régional est requise, mais les groupes peuvent souvent se tirer d'affaire seuls et décider eux-mêmes des activités qu'ils veulent mettre en oeuvre. Les sections précédentes du présent rapport indiquaient comment ce genre d'idées peut être planifié et financé.

B. PROGRAMMES DE PRÉVENTION DESTINÉS AUX GROUPES À RISQUE ÉLEVÉ

Biochemical Genetic Clinic of the Atlantic Research Centre for Mental Retardation (Nouvelle-Écosse)

Ce centre de consultation a reçu pour mandat de veiller à ce que les meilleurs soins possibles soient offerts aux enfants souffrant de maladies héréditaires et à ce que leur mode de vie et leur développement soient le moins possible perturbés.

Tupper Mini-School and Emma's Infant Care, Vancouver (Colombie-Britannique)

Ce programme, destiné aux mères adolescentes sous la coordination du Y.W.C.A., a pour objet de répondre aux besoins de jeunes mères et de leurs nourrissons, dans le domaine de la connaissance et de l'application des soins de santé de façon que ces dernières ne soient pas condamnées à vivre dans le futur dans un état de dépendance.

Self-help Groups in a Premature Nursery in Toronto - A Controlled Evaluation

Il s'agit d'un projet de recherche mis en oeuvre à "l'Hospital for Sick Children".

Youth Guidance Clubs

Ce programme, mis en oeuvre à Toronto, a pour objet d'établir des liens de parrainage entre des enfants à haut risque et des adultes bénévoles.

Direct Home Services Program (Terre-Neuve et Labrador)

Il s'agit d'un programme destiné aux enfants qui souffrent d'arriération mentale, et qui est offert à ces derniers jusqu'à l'âge de six ans par le ministère des services sociaux, de la Province.

'Transition Group'

Il s'agit d'un programme d'été offert dans le cadre du Youth Services Program de l'University Hospital de Saskatoon à des élèves de la 8e année désignés par leurs enseignants comme susceptibles d'abandonner leurs études en 9e ou en 10e année.

'Another Choice'

Il s'agit d'un programme parrainé conjointement par les responsables du Youth Services Program de Saskatoon et la Saskatchewan Alcoholism Commission et vise à offrir soutien et information aux parents d'enfants et d'adolescents qui abusent de l'alcool ou d'autres drogues.

Nature Survival School

Ce programme, parrainé conjointement par un conseil communautaire et le Saskatoon Separate School Board, vise à offrir un programme

scolaire substitut aux étudiants autochtones à haut risque.

Family Support Services for the Handicapped Parent (à Calgary)

Les Family Support Services offrent un programme de formation intensive aux handicapés mentaux qui ont décidé de se marier ou d'avoir des enfants. Ce programme, mis en oeuvre au foyer des personnes handicapées, vise à fournir à ces dernières une aide en vue de leur apprendre à se débrouiller dans différentes situations et donc, à permettre à l'enfant de se développer normalement sur le plan intellectuel.

Single Parent Families (à Calgary)

Cet atelier destiné aux enfants de famille monoparentale traite des nouvelles responsabilités que cette dernière doit assumer, des pressions financières résultant d'un revenu limité, de ce qui peut être fait pour aider cette unité à s'adapter à sa nouvelle situation et à s'épanouir dans son nouveau cadre familial, de même que de faire comprendre aux enfants ce qui se passe quand un mariage s'effondre.

Classroom Management and Social Skills Training (au Nouveau-Brunswick)

Ce programme, offert par le personnel des services d'hygiène mentale à des enfants de la première et de la deuxième année qui ont de la difficulté dans leurs rapports avec les enfants du même âge, vise à aider ces derniers à acquérir de la compétence dans les relations humaines. Dans le cadre de ce programme, les enfants assistent à cinquante cours sur une période de quatre mois.

Dans les exemples ci-dessus, nous avons parlé de groupes particuliers et mentionné les tentatives faites en vue de developper des compétences ou de déceler dès le début les problèmes sur lesquels une intervention pourrait être tentée.

C. PROGRAMMES DE PRÉVENTION DESTINÉS À DES GROUPES PARTICULIERS

Saskatchewan Association for Children with Learning Disabilities

Ce programme de formation préprofessionnelle destiné aux jeunes qui ont des problèmes d'apprentissage vise à combler les lacunes qu'ils accusent dans leurs aptitudes sur les plans scolaire et comportemental et à les rendre aptes à participer à des programmes de formation professionnelle.

Safety While Traveling (Banff)

Il s'agit d'un atelier destiné aux nombreux jeunes qui veulent voyager afin de les sensibiliser aux dangers de l'auto-stop, à leur indiquer la façon de choisir un lieu approprié pour camper, à les informer sur les mesures à prendre s'ils sont volés ou s'ils se retrouvent dans une situation difficile de même que sur les précautions à prendre pour éviter d'être blessés quand ils sont loin de leur foyer. L'atelier aborde aussi d'autres questions telles que l'hospitalisation et l'assurance d'une couverture appropriée pour les soins de santé.

Parent Pre-School Resource Centre

Ce programme, mis en œuvre à Ottawa, vise à offrir aux parents des informations sur le développement de l'enfant, des conseils sur la façon d'élever les enfants et un service de soutien.

Daybreak Parent and Child Centre (Terre-Neuve et Labrador)

Dans le cadre de ce programme visant à venir en aide aux enfants d'âge préscolaire des familles défavorisées, on offre aux parents des services de garde de jour, d'éducation et d'orientation.

Indirect Consultation to Special Services in Halifax Schools

Le Child Psychiatry Department du Izaak Walton Killam Hospital for Children et le Halifax District School Board apportent indirectement une aide aux enfants en fournissant des services de consultation aux psychologues scolaires, aux travailleurs sociaux, aux enseignants, de même qu'aux directeurs d'école et aux conseillers scolaires. Le but poursuivi consiste à déceler et à traiter dès le début les élèves qui présentent des difficultés, de même qu'à accroître le niveau de compétence et les ressources des professionnels concernés, par des conversations avec les individus, par des exposés présentés dans et à l'extérieur des écoles ainsi que par des séances de formation en cours d'emploi sur des sujets d'intérêt commun.

Project Approach (pour jeunes adultes, à Banff)

- Un atelier intitulée 'The Young Person as a Family Member', examine le rôle du jeune au sein de l'unité familiale. Les thèmes abordés incluent les responsabilités, les restrictions, les rapports avec les compagnons et avec les membres de la famille, et la participation aux décisions de la famille.

- Un atelier, intitulé 'Cults and the Young Person', explique la nature des différents cultes, les méthodes utilisées pour recruter

de jeunes adhérents, ce que sont ces cultes et les dangers qu'ils posent.

- Un atelier, intitulé 'Juveniles and the Law', explique aux jeunes les droits des mineurs, leur montre comment tirer parti des services de la police et d'autres organismes lorsqu'ils sont en difficulté, et les renseigne sur les précautions à prendre pour éviter de se trouver dans de mauvais draps.

- Un atelier, intitulé 'Teen Relationships and Dating', est donné à des jeunes en vue d'accroître leurs capacités à vivre et de leur permettre de devenir des leaders efficaces. Les jeunes développent un esprit d'organisation et apprennent comment travailler avec d'autres jeunes dans la collectivité en vue d'atteindre leurs objectifs.

Observations Nurseries (à Banff)

Les parents observent leurs enfants en train de jouer et l'interaction entre ces derniers et le personnel pendant environ une demi-heure. Ensuite, au cours d'une discussion de groupe dirigée par un animateur professionnel, les parents en viennent à découvrir leurs propres émotions et celles de leurs enfants et ainsi accroître leurs connaissances du développement et des besoins de l'enfant d'âge préscolaire.

The Boys' and Girls' Clubs (à Calgary)

Ces clubs commanditent des camps d'été pour tous les enfants, et tout particulièrement pour ceux qui sont "pris en charge" dans des institutions du gouvernement ou des foyers de groupe.

Nouveau Brunswick

Au Nouveau Brunswick, un psychologue, une infirmière hygiéniste et un certain nombre d'enseignants coordonnent leurs efforts en vue d'offrir aux élèves de 10e année de Miramichi un service d'information sur la dépression, sur la façon d'en reconnaître les signes précoces et sur sur ce qu'il faut faire en cas de dépression.

Aide aux nouvelles mères (au Québec)

Ce programme du Centre local de services communautaires Richelieu est destiné aux femmes qui ont un premier enfant. Ces dernières dès leur retour à la maison avec leur bébé, communiquent avec une autre jeune mère qui participe au programme en qualité de bénévole.

Dans ces exemples, ou cherche à déceler les enfants présentant des risques à un certain âge ou une étape de leur développement.

Nous recommandons fortement à ceux que ces types d'approches intéressent de communiquer avec le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario pour obtenir la brochure intitulée The State of the Art: A Background Paper on Prevention, parue en 1979.

Ces personnes auraient peut-être intérêt aussi à lire l'article du docteur B. McConville sur la prévention secondaire, paru dans Santé mentale au Canada (vol. 30, déc. 1982, n° 4), et intitulé Prévention secondaire en pédopsychiatrie: Aperçu et moyens d'action.

CONSÉQUENCES ET CONCLUSIONS

L'efficacité de la prévention, en tant que concept et pratique ne peut se réaliser que dans son acceptation par les professionnels de la santé mentale, les responsables de l'élaboration des politiques et les directeurs de programmes. Cette acceptation n'est possible que chez ceux qui ont un sens aigu de l'engagement et foi en son efficacité.

Il reste toutefois certains obstacles à surmonter parmi lesquels on peut encore citer un attachement exagéré à la valeur mythique de l'autodétermination.

Qui plus est, comme les programmes de prévention sont rarement spectaculaires et qu'ils requièrent habituellement un engagement à long terme et une évaluation, ils n'ont peut-être pas le prestige qu'on associe à certaines pratiques dans le domaine de la santé mentale et tout spécialement aux pratiques qui font appel à une technologie de pointe. Quoi qu'il en soit, les interventions dans le domaine de la prévention ont un effet réel, comme en font foi les exemples cités dans le présent rapport.

De façon générale, les huit principes énoncés et discutés dans les pages qui précèdent demeurent la clé de toute approche et de toute attitude de prévention. Les responsables doivent sans cesse réaffirmer ces principes et en défendre le bien-fondé.

L'idéal à atteindre serait que les enfants soient heureux, les parents contents de la façon dont ils jouent leur rôle et, que les gens s'efforcent à coopérer collectivement et individuellement.

Il est à espérer que le présent rapport permettra aux personnes intéressées de comprendre la prévention, en tant que concept et pratique, fournira des indications sur les ressources disponibles, et per-

mettra la mise au point d'un outil qui facilite l'accès aux données et aux ressources disponibles aussi que le partage de l'expérience acquise.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANTHONY, E.J. et Koupernick C.: The Child and His Family: Children at Psychiatric Risk, Vol III. New York, John Wiley, 1974.

2. BARRETTE, P.A. Finch. T., Jackson, W. et Offord, D.R. Chedoke Child and Family Centre: an initial demographic analysis. non publié, 1980.

3. BLOOM, B.L. The evaluation of primary prevention programs. In Comprehensive Mental Health. Roberts, L.M., Greenfield, N.S. et Miller, N.H. (Ed.), University of Wisconsin Press, Madison, 1968.

4. BOWER, E.M. Primary prevention of mental and emotional disorders: a conceptual framework and action possibilities. American Journal of Orthopsychiatry, 31: 832-848, 1961.

5. BROUSSARD, R.R. et Hartner, M.S. Further considerations regarding maternal perception of the first born. In Exceptional Infant II: Studies in Abnormalities. Helmuth, J. (ed.), Brunner Mazel, New York, 1971.

6. BROWN, J.C. La prévention du handicap: Pour l'amélioration des soins prénatals et périnatals. Ottawa: l'Institut canadien de la santé infantile, 1978.

7. COMMISSION CANADIENNE POUR L'ANNÉE INTERNATIONALE DE L'ENFANT. Pour les enfants du Canada - Programme nationale d'action. Rapport, 1979.

8. CONSEIL CANADIEN DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE. Interdit aux mineurs: La place de l'enfant dans la société canadienne. Ottawa Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, 1978.

9. CAPLAN, C. et Grunebaum, H. Perspectives on primary prevention: a review. Archives of General Psychiatry, 17: 331-346, 1967.

10. CAVA, Esther L. Role of the Physician in Prevention of Psychologic Disorders in the Well Child. Neilson, Textbook of Pediatrics, 10e édition, 1975.

11. COWEN, E.L. Social and community interventions. Annual Review of Psychology, 24: 208-472, 1973.

12. DeWILD, D.W. Toward a clarification of primary prevention. Community Mental Health Journal, 16: 306-316, 1981.

13. FARRINGTON, D.P. The effects of public labelling. British Journal of Criminology, 17: 112-125, 1977.

14. FOX, A.M. Détection précoce des troubles du développement: neurologie prévisionnelle ou mythologie clinique. Médecine Moderne du Canada, janvier 1979, vol. 34, no. 1.

15. FREASE, D.E. Schools and delinquency. British Journal of Criminology, 12: 133-146, 1972.

16. GOLD, M. et Mann, D. Delinquency as a defense. American Journal of Orthopsychiatry, 42: 463-479, 1972.

17. HEBER, R. 'Sociocultural Mental Retardation: A Longitudinal Study', Chap 4 in Primary Prevention of Psychopathology, Vol II: Environment Influences. For Gasp. D. 5. (Ed.) University Press of New England, 1978.

18. JONES, M.B. et Offord, D.R. Progress Report N.L., Skill Development: A Community Intervention Program for Poor Children. Non publié, 1980.

19. JONES, M.B. et Offord, D.R. Progress Reports N^os 3 & 5, Skill Development: A Community Intervention Program for Poor Children, Non publié, 1981.

20. JONES, M.B., Offord D.R. et Barrette, P.A. Intervention under heavy Constraint: design and evaluation. Non publié, 1979.

21. KAGAN, J., Kearsley, R.B., Zelago, P.R. Infancy: Its Place In Human Development, Cambridge Mass.: Harvard University Press, 1978.

22. KENISTON, Kenneth. All Our Children: The American Family Under Pressure. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1977.

23. KLAUS, M.H. et Kennel, J.H. Maternal-Infant Bonding: The Impact of Early Separation or Loss on Family Development. St. Louis: Mosley, 1976.

24. KORNBERG, M.S. et Caplan, G. Risk factors and preventive intervention in child psychopathology: a review, Journal of Prevention 2: 71-133, 1980.

25. LANGNER, T.S., Gertsen, J.C., Greene, E.L., Eisenberg, J.G., Herson, J.H. et McCarthy, E.D. Treatment of psychological disorders among urban children. Journal of Consulting and Clinical Psychology 42: 170-179 1980.

26. McCONVILLE, B. "Prévention secondaire en pédopsychiatrie. Aperçu et moyens d'actions." Santé mentale au Canada, vol. 30, n^o 4. décembre 1982.

27. MINDE, K., Schosenberg, N., Martin. R., Hines, B., et Shanoff, J. Self-help groups in a premature nursery - a controlled evaluation. Mémoire présenté à la Annual meeting of the American Orthopsychiatric Association, San Franciso, 1978.

28. CONSEIL NATIONALE DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. Pour améliorer le sort des enfants, Ottawa: Conseil nationale du Bien-être social, 1979.

29. OFFORD, D.R. Jones, M.B. et Barrette, P.A. Skill Development: A Community Intervention Program for Poor Children. Demande de subvention soumise à la direction générale de la condition physique et du sport amateur, Ottawa et à la Hospital for Sick Children Foundation, Toronto, 1979b.

30. OFFORD. D.R. Jones, M.B. et Barrette, P.A., Community Intervention with Poor Children: rationale and strategy. Non publié, 1979a.

31. OFFORD, D.R. et Poushinsky, M. School performance, I.Q., and female delinquency. International Journal of Social Psychiatry. 27: 53-62, 1981.

32. OFFORD, D.R. Poushinsky, M.F. et Sullivan, K. School of performance, I.Q. and delinquency. British Journal of Criminology, 18: 110-127, 1978.

33. MINISTÈRE DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES, ONTARIO. The State of the Art: A Background Paper on Prevention. Toronto: Ministère des services sociaux et communautaires, 1979.

34. PETTINGILL, P. The availability of data on children and their environment and the use of those data in the prevention of children's mental health problems. Non publié, 1981.

35. PUVILLAND-LEDUC, C., Levasseur, L. et Cabana, D. L'entraide maternelle en période post-natale. L'infirmière canadienne., mai 1981, n° 5.

36. RAE-GRANT, N. The State of the Art: A Background Paper on Prevention: Division des services à l'enfance, ministère des services sociaux et communautaires du gouvernement de l'Ontario, Toronto, 1979.

37. ROBINS, L.N. Antisocial behaviour disturbances of childhood. In The Child and His Family: Children at Psychiatric Risk, Anthony, E.J. et Koupernik, C. (eds.) John Wiley & Sons, New York, 1974.

38. ROBINS, L.N. Psychiatric epidemiology. Archives of General Psychiatry, 35: 697-702, 1978.

39. ROBINS, L.N. Longitudinal methods in the study of normal and pathological development. In Psychiatrie de Gegenward, Bandl, Grandlagen und Methoden des Psychiatrie, Kisher, K.P. Meyer, J.E., Muller, C et Stromgren (eds)., Springer-Verlag, Heidelberg, 1979.

40. ROMEDER, J.M. Les groupes d'entraide au Canada. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1982.

41. RUTTER, M. Children of sick parents: an environmental and psychiatric study, Institute of Psychiatry, Maudsley Monograph N° 16, Oxford University Press, London, 1966

42. RUTTER, M., Graham, P. et Yule, W. A neuropsychiatric study in childhood. Clinics in Developmental Medicine, 35/36. Heinemann, London, 1970a.

43. RUTTER, M., Tizard, J. et Whitmore, K. Education, Health and Behaviour. Longman, London, 1970b.

44. SATZ, P., Taylor, G.H. Friel, J. et Fletcher, J.M. Some predictive and developmental precursors of reading disabilities: A six-year follow-up. In Dyslexia: A Critical Appraisal of Current Theory, Pearl, D. et Benton, A. (eds) Oxford University Press, London, 1978.

45. SCHENCK, B.H. Fitzsimmons, J., Bullard, P.C. et Satz, P. A prevention model for childrenat risk for reading failure. In Rehabilitation, Treatment and Management of Learning Disorders, Proceedings of a N.A.T.O. - Sponsored Conference, Knights, R. et Bakkar, D. (eds), University Park Press, Baltimore, 1979.

46. SILVER, George A. Child Health - America's Future. Rockville: Aspen Systems Corporation, 1978.

47. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DE LA SANTÉ, DU BIEN-ÊTRE ET DES SCIENCES. L'enfant en péril. Rapport, ministère des Approvisionnements et services, Ottawa, 1981.

48. STURGE, C. Reading retardation and antisocial behaviour. Mémoire présenté en vue de l'obtention d'une maîtrise de l'université de Londres, 1972.

49. TRITES, R.L. et Fiedorowicz, C. Follow-up study of children with specific (or primary) reading disability. In The Neuropsychology of Learning Disorders, Theoretical Approaches. Knights, R.M. et Bakkar, D.J. (eds) University Press. Baltimore. 1976.

50. WALLERSTEIN, J.S. et Kelly, B. Divorce and Children. In Basic Handbook of Child Psychiatry. Roshpitz, J.D. (Ed) Vol. 4: 339-347, New York Basic Handbook, 1979.

51. WHITE, R.N. Strategies of Adaptation: An Attempt at Systematic Description. In Human Adaptation: Coping with Life Crises. Moss, R.H. (Ed) Lexington: Health and Co., 1976.

ANNEXE A

Diffusé les 22 et 23 juin 1981

COMPTE RENDU DU SYMPOSIUM CANADIEN SUR LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES ENFANTS, FÉVRIER 1981

Du 17 au 19 février, trente-six professionnels de la santé mentale venus de différentes régions du Canada se sont rencontrés à l'auberge Guild Inn de Scarborough en Ontario pour étudier une vaste stratégie de prévention susceptible d'être appliquée aux différents programmes destinés aux enfants dans tout le pays. Le symposium était organisé par la Division de la santé mentale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le docteur Quentin Rae-Grant, président du symposium, a ouvert la réunion en présentant une vue d'ensemble des sujets reliés à la prévention, des discussions et des événements récents qui ont précédé cette conférence nationale et des buts et objectifs de la réunion. Il a exprimé l'espoir que ces experts, venus de tous les coins du Canada, puissent établir des lignes directrices sur la mise en oeuvre de plans de prévention dans le domaine de la santé mentale chez les enfants. Le docteur Rae-Grant a soulevé un bon nombre de questions portant à conséquence notamment: Avant de prendre de nouvelles initiatives, devrions-nous toujours être convaincu de leur efficacité? Quel doit être notre degré de certitude? Les efforts mondiaux destinés à venir en aide globalement aux populations qui présentent un risque élevé sont-ils plus justes et plus professionnels que les programmes de dépistage destinés à cerner ou à "étiqueter" certains groupes ou individus particuliers qui présentent un risque élevé? Dans les groupes à risque élevé, pourquoi y a-t-il des individus qui sont capables de faire face au stress, de se servir efficacement du réseau de services mis à leur disposition ou de se remettre

rapidement de leurs difficultés? Comment distinguer les mesures de prévention efficaces de celles qui ne sont qu'une mode passagère? Quelle est l'orientation de la prévention? Quels sont les coûts de la prévention? Pouvons-nous nous payer le luxe de ne rien faire pour prévenir la maladie mentale?

Le docteur David Randall nous entretint par la suite du Répertoire pour l'échange de renseignements, répertoire établi par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Enfin les rapports des régions soumis par les participants sur les travaux et les projets qui ont été réalisés au Canada dans le domaine de la prévention ont porté sur les points suivants:

- La très grande diversité de programmes et de travaux réalisées par les provinces individuellement ou conjointement reflète les différences qui existent au niveau des besoins, au plan de la culture et de l'organisation sociale dans les communautés canadiennes (par exemple, l'Alberta a le taux de suicide le plus élevé au Canada chez les adolescents). Dans ses remarques sur ces exposés, le docteur Quentin Rae-Grant souligna que les projets les plus originaux ont été réalisés dans des régions isolées et pauvres en ressources connues.

- Réseau de renseignements sur l'efficacité des projets.

- Dans certains cas, on se sert avec succès des média pour mobiliser les ressources qui existent dans la communauté.

- Les préoccupations et les intérêts des participants reflètent les difficultés à faire des interventions efficaces dans un domaine où se jouent à la fois différents facteurs d'ordre social, économique, culturel et géographique.

- Dans le Nord, les tentatives faites pour réduire la toxicomanie, par exemple l'inhalation de solvant, se heurtent à un ensemble de difficultés résultant de la distance, du transport et des barrières culturelles.

- On constate que dans certains secteurs, la mise sur pied et le financement de programme pour les enfants et la famille constituent de moins en moins une priorité.

- Beaucoup de participants travaillent activement avec des organismes et des groupes communautaires pour améliorer les connaissances de base et la compréhension des parents dans l'éducation de leurs enfants et pour accroître leurs compétence et leur satisfaction dans l'exercice de leur rôle de parent.

En réponse aux différentes interventions faites par des représentants des régions, le docteur Dan Offord de l'hôpital Chedoke-McMaster résuma ainsi:

- Il existe des difficultés dans le domaine de la prévention: la rareté du temps, la nécessité de partager les résultats obtenus, le manque de formation des professionnels et les nombreux intérêts en jeu.

- Peu de programmes d'action dirigées contre les causes des problèmes.

- Il existe beaucoup de programmes et de projets, mais il est difficile de grouper tous ces efforts faits ici et là à différents niveaux.

Considérant les difficultés auxquelles font face les participants, le docteur Offord a fait les suggestions suivantes:

1. Les participants au symposium pourraient tout d'abord rechercher ces programmes qui pourraient être généralisés en raison de leur efficacité.

2. Il existe plusieurs autres programmes qui sont pleins de promesse, mais qui ont besoin d'être évalués.

3. On pourrait peut être par la suite essayer de classer toutes les bonnes idées et voir comment elles peuvent servir, comment elles peuvent être mise en pratique et surtout comment elles peuvent être adaptées à une autre région.

Le lendemain, le docteur Naomi Rae-Grant et le docteur Dan Offord ont fait un exposé sur la planification et sur l'évaluation de programmes de prévention. Le docteur Brian McConnville du centre régional Beechgrove de Kingston a alors parlé de prévention secondaire en psychiatrie infantile, en insistant surtout sur les services qui se sont avérés utiles ou négatifs dans l'action.

En atelier trois groupes ont abordé les points suivants:

- Les questions de méthodologie dans l'évaluation et l'appréciation des résultats des programmes de prévention en santé mentale (groupe présidé par le docteur Dan Offord);

- L'éducation requise en prévention (groupe sous la présidence du docteur Jean-François Saucier, de l'hôpital Ste-Justine; avec les exposés du docteur Laurent Houde de l'hôpital Rivière-des-Prairies, du docteur Jim Ricks des Services intégrés de Victoria et de Jean Brown du Hospital for Sick Children de Toronto);

- La mise sur pied de programmes de prévention en santé mentale chez les enfants (groupe présidé par le docteur Brian McConville; avec les exposés du docteur Tim Hogan de la Société canadienne de psychologie et de Nancy Shosenberg du Hosptial for Sick Children de Toronto).

Au cours de la dernière séance plénière, les participants ont donné leurs opinions sur les principes dont toute action dans l'avenir devrait s'inspirer:

- Bien que les programmes particuliers de prévention puisent être fondés sur des principes d'application générale, les programmes eux-même doivent généralement être adaptés aux conditions locales ou régionales si l'on veut qu'ils soient couronnés de succès.

- Comme maints facteurs de risque à la base des mauvaises pratiques en santé mentale sont d'origine socio-économique; des efforts devraient être faits, en collaboration avec les d'autres secteurs d'interventions, comme les services sociaux, pour susciter ou canaliser les améliorations dans ce domaine.

- Dans les régions du Canada qui subissent des changements sociaux marqués, comme les zones frontalières de développement, il faut mobiliser rapidement les ressources du milieu et de la société pour défendre et protéger la population et revaloriser la qualité de la vie.

Les participants au symposium ont affirmés que nonobstant tous les autres efforts, on devra continuer à accorder la priorité aux actions suivantes.

1. Sensibiliser le public à la nécessité de faire de la prévention à la fois primaire et secondaire.

2. Élaborer et maintenir des programmes d'éducation et de support pour les parents, les éducateurs et les agents communautaires.

En conclusion, Brenda Wattie, directrice de la Division de la santé mentale émit l'opinion que ce symposium ne devrait pas rester sans lendemain et assura l'auditoire que les mémoires et les recommandations du symposium seraient soumis au groupe de travail sur la Santé mentale chez les enfants pour information et inspiration dans toute action future.

Les personnes intéressées peuvent obtenir de plus amples renseignements sur les mémoires qui ont été présentée au cours du symposium en écrivant à:

Division de la santé mentale
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
Edifice Jeanne-Mance
OTTAWA, Ontario
K1A 1B4

ANNEXE B

RESSOURCES DISPONIBLES

GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Division de la santé mentale
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
OTTAWA (Ontario)
K1A 1B4

Tél.: (613) 995-0166

SERVICES PROVINCIAUX D'HYGIÈNE MENTALE AU CANADA

TERRE-NEUVE
Directeur des Services de santé mentale
Ministère de la Santé
Édifice Chimo
Chemin Crosbie
SAINT-JEAN (Terre-Neuve)
A1B 3K4
(709) 737-3657

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD
Directeur de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux
B.P. 2000
CHARLOTTETOWN (Île-Du-Prince-Édouard)
C1A 7N8
(902) 892-5471

NOUVELLE-ÉCOSSE
Administrateur
Services psychiatriques de santé mentale
Ministère de l'Hygiène publique
B.P. 488,
HALIFAX, (Nouvelle-Écosse)
B3J 2R8
(902) 424-4232

NOUVEAU-BRUNSWICK
Directeur
Services de santé mentale
Ministère de la Santé
Pièce 616
Édifice du Centenaire
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
(506) 453-2389

QUÉBEC
Sous-ministre adjoint
Direction générale des programmes
de santé
Ministère des Affaires sociales
1075, chemin Ste-Foy
QUÉBEC (Québec)
G1S 2M1
(514) 643-6778

ONTARIO
Directeur
Division de la santé mentale
Ministère de la Santé
Édifice Hepburn
8e étage
TORONTO (Ontario)
M7A 1R3
(416) 965-6234

Sous-ministre adjoint aux
opérations
Ministère des services sociaux
et communautaires
Hepburn Block
6e étage
TORONTO (Ontario)
M7A 1E9
(416) 965-7683

MANITOBA
Directeur intérimaire des Services
psychiatriques
599, rue Empress
WINNIPEG (Manitoba)
R3G 3H2
(204) 944-3750

SASKATCHEWAN
Directeur exécutif
Direction générale des services
psychiatriques
Ministère de l'Hygiène publique
Édifice Provincial Health
REGINA (Saskatchewan)
S3S OA6
(306) 565-3287

ALBERTA
Directeur
Services de santé mentale
9e étage
7th Street Plaza,
10030 - 107e rue
EDMONTON (Alberta)
T5J 3E4
(403) 427-2816 & 0794

COLOMBIE-BRITANNIQUE
Directeur exécutif
Services de santé mentale
Ministère de la Santé
1515, rue Blanshard
VICTORIA (Colombie-Britannique)
V8W 3C8
(604) 386-3166

TERRITOIRES DU NORD-OUEST
Directeur intérimaire
Services de santé mentale
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
B.P. 10
YELLOWKNIFE (T.N.-O.)
X1A 2N1
(403) 920-2001
(403) 873-8814 (Rés.)

L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE

ADRESSES DES BUREAUX RÉGIONAUX

Directeur exécutif
Association canadienne pur la santé mentale
Division de la Colombie-Britannique
692 est, 26e avenue
VANCOUVER (Colombie-Britannique)
V5V 2H7
(604) 873-1633

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division de l'Alberta
10711, 107e rue, pièce 207
EDMONTON (Alberta)
T5H OW6
(403) 426-6665

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division de la Saskatchewan
1810, rue Albert
REGINA (Saskatchewan)
S4P 2S8
(306) 525-5601

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division du Manitoba
330, rue Edmonton
WINNIPEG (Manitoba)
R3B 2L2
(204) 942-3461

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division de l'Ontario
8, Pailton Crescent,
2e étage
TORONTO (Ontario)
M4S 2H8
(416) 487-5361

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division des Territoires du Nord-Ouest
B.P. 2580,
YELLOWKNIFE (Territoires du Nord-Ouest)
XOE 1HO
(403) 873-3190

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division de Québec
550, Sherbrooke ouest,
pièce 410
MONTRÉAL (Québec)
H3A 1B9
(514) 849-3291

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division du Nouveau-Brunswick
43, rue Brunswick
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)
E3B 1G5
(506) 455-5231

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division de la Nouvelle-Écosse
5739, rue Inglis
HALIFAX (Nouvelle-Écosse)
B3H 1K5
(902) 422-5800

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division de l'Île-du-Prince-Édouard
B.P. 785,
57, rue Queen
CHARLOTTETOWN (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 4A5
(902) 894-9952

Directeur exécutif
Association canadienne pour la santé mentale
Division de Terre-Neuve
B.P. 5788
SAINT-JEAN (Terre-Neuve)
A1C 5X3
(709) 753-8550

ANNEXE C

Liste des publications offertes par la Division de la santé mentale, Santé et Bien-être social Canada

Pour renseignements, s'adresser à:

La Division de la Santé mentale
Direction des services de la santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
OTTAWA (Ontario)
K1A 1B4
Tél.: (613) 995-0166

SANTÉ MENTALE AU CANADA

Revue pluridisciplinaire paraissant à tous les trois mois. Au Canada seulement, abonnement gratuit; à l'étranger, tarif de 5.50 $ pour un an. Numéros antérieurs disponibles.

Extraits de législations provinciales sur la santé mentale, 63 pp., 1981.

Services de santé mentale au Canada: Édition 1982, 165 pp.

Service de santé mentale du Grand Vancouver: Modèle de service de santé mentale dans une communauté urbaine, 23 pp., 1982.

* La maladie d'Alzheimer: Guide à l'intention des familles, 43., pp., 1982.

Recherche en santé mentale: Rapport du groupe d'étude, 25 pp., 1978.

Comment aider les enfants à affronter la séparation, 20 pp., 1982.

Une sur huit: Maladies mentales au Canada, 6 pp., 1981.

Le Conseil de planification pour la santé mentale d'Halifax-Dartmouth métropolitains, 18 pp., 1983.

---

* On peut obtenir cette publication à l'adresse suivante:

Alzheimer Society
185, rue Bloor, est
TORONTO (Ontario)
M4W 3J3
(416) 927-1580